

<b>Employeur</b>	
Nom de l'entreprise	
Adresse N°, Rue, App.	
Ville	
Province	Code postal <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Nom du signataire autorisé	Téléphone <input style="width: 100px;" type="text"/>

<b>Représentant</b>	
Nom de la firme ou du représentant	
Adresse N°, Rue, App.	
Ville	
Province	Code postal <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Téléphone <input style="width: 100px;" type="text"/>	

L'employeur mandate par la présente la firme ou le représentant ci-haut mentionné, avec plein pouvoirs de contestation, de représentation et de substitution, pour agir en son nom auprès de la Direction de la révision administrative de la CNESST lors d'une demande de révision présentée au nom de l'employeur ou suite à une demande de révision présentée par un des travailleurs de l'employeur.

En conséquence, la Direction de la révision administrative de la CNESST est autorisée à fournir au représentant une copie du dossier en litige ainsi que toutes les informations qu'elle jugera nécessaires au traitement de la demande de révision.

L'EMPLOYEUR s'engage à aviser par écrit la Direction de la révision administrative de la CNESST de toute modification ou révocation qui pourraient être apportées au présent mandat, et ce, dans les meilleurs délais.

Le présent mandat est valide à compter du \_\_\_\_\_

<b>Signé à</b>	<b>Date</b>
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

<b>Signature de l'employeur (signataire autorisé)</b>	<b>Titre</b>

**SVP transmettre à la Direction de la révision administrative par télécopieur au 514-906-3838 pour le dossier :**

N° de dossier du travailleur <input style="width: 100px;" type="text"/>	Nom du travailleur
Nom du représentant à contacter	