

Ce formulaire permet aux personnes formées de mettre à jour leurs informations personnelles ou de demander l'envoi de leur attestation de formation. Veuillez nous fournir toutes les informations requises pour nous permettre de répondre à votre demande. (*Champs obligatoires)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Prénom*

Nom*

Adresse courriel*

Date de naissance*

*Veuillez fournir au moins un numéro de téléphone :

Téléphone résidentiel

Téléphone cellulaire

Téléphone bureau

poste

Région administrative*

Statut*

Actif

Inactif

RENSEIGNEMENTS SUR LA FORMATION

Numéro d'attestation

Formation*

Formateur*

Date de fin de formation

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À MODIFIER

Adresse courriel

Téléphone résidentiel

Téléphone cellulaire

Téléphone bureau

Région administrative

Statut

Actif

Inactif

Section réservée au CoSS / Agent de sécurité

Indicateur de publication

Oui

Non

Indicateur de publication

Oui

Non

Indicateur de publication

Oui

Non

Indicateur de publication

Oui

Non

DEMANDE D'ATTESTATION

Veuillez cocher la case ci-dessous, si vous n'avez pas reçu votre attestation ou si vous l'avez perdue.

Je désire recevoir l'attestation à mon adresse courriel communiquée ci-dessus.

DÉCLARATION

Je, soussigné(e), déclare que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire sont exacts.

Date

Veuillez faire suivre votre formulaire dûment rempli par courriel à : attestation-pfmp-sst@cnesst.gouv.qc.ca .