

Formulaire de signalement des faits à la CSPAAT

Nom du travailleur _____ Réclam. CSPAAT n° _____

Nom et n° du responsable de cas de la CSPAAT _____

Perte de temps / Soins médicaux (encerclez le choix correspondant) Date de l'accident _____

Heure de l'accident _____ Lieu de l'accident _____

Accident a été signalé à _____

Date du signalement de l'accident _____

Date et lieu des premiers soins médicaux _____

Médecin traitant _____ Formulaire 8 de la CSPAAT rempli Oui Non

Description de l'accident/incident _____

Adresse du travailleur _____

Nom et n° de la rue

Ville

Code postal

N° de téléphone : Résidence _____ Travail _____

Nom de votre représentant syndical _____

Nom et n° du district _____ Unité de négociation _____

Lieu de travail _____ Date de naissance _____

Jour Mois Année

Médecin de famille _____

Adresse _____

Nom et n° de la rue

Ville

Code postal

Spécialiste _____

Adresse _____

Nom et n° de la rue

Ville

Code postal

Témoins _____

Adresse _____

Nom et n° de la rue

Ville

Code postal

Retour au travail approuvé par le médecin? Oui Non Date de retour au travail _____

Restrictions? Énumérez _____