



401, rue Strickland, Whitehorse (Yukon) Y1A 5N8 Tél. : 867-667-5645, Sans frais : 1-800-661-0443, Téléc. : 867-667-8740, Site Web : www.wcb.yk.ca

Remplissez ce formulaire pour nommer votre représentant auprès de la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon (CSSTY) et l'autoriser à avoir accès aux renseignements confidentiels contenus à votre dossier et à celui de votre entreprise.

## POUVOIRS ACCORDÉS AU REPRÉSENTANT

J'autorise mon représentant à agir en mon nom, pour les questions suivantes liées à la CSSTY : (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

### Appel et révision judiciaire :

- Réclamations  
 Évaluation  
 Santé et sécurité au travail

### Autres dossiers :

- Santé et sécurité au travail  
 Réclamations  
 Évaluation

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE REPRÉSENTÉE

- Je suis  un travailleur – Numéro de dossier de la CSSTY : \_\_\_\_\_  
 l'ayant droit ou le conjoint d'un travailleur décédé  
 un employeur – Numéro de client de l'employeur : \_\_\_\_\_  
Poste et nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
 autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom de famille		Prénom		Initiale du second prénom	
Adresse postale			Ville/Localité	Terr./Prov.	Code postal
Téléphone de jour (incluant l'indicatif régional)		Autre numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)		Télécopieur (incluant l'indicatif régional)	

## RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT (vous pouvez nommer un particulier ou un organisme)

- J'autorise  un particulier – Nom de la personne : \_\_\_\_\_  
 un organisme – Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_  
Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Adresse postale du représentant		Ville/Localité	Terr./Prov.	Code postal
Téléphone de jour (incluant l'indicatif régional)		Autre numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)		Télécopieur (incluant l'indicatif régional)

- J'autorise la CSSTY à divulguer à mon représentant les renseignements contenus à mes dossiers ainsi que des informations connexes desquelles j'ai le droit d'être informé. J'autorise mon représentant à agir en mon nom auprès de la CSSTY.
- Le présent mandat de représentation remplace tous les mandats précédemment envoyés à la CSSTY dans lesquels j'accordais les mêmes pouvoirs que ceux mentionnés ci-dessus à la partie « Pouvoirs accordés au représentant ».
- Pour annuler le mandat, je devrai faire parvenir un avis écrit à la CSSTY.
- **Particuliers** : Le mandat sera en vigueur pendant deux ans, à compter de la date de signature, à moins qu'il ne soit annulé par écrit ou que je décède avant la fin de cette période.
- **Employeurs** : Le mandat sera en vigueur pendant deux ans, à compter de la date de signature, à moins qu'il ne soit annulé par écrit ou que l'entreprise ne soit plus active auprès de la CSSTY avant la fin de cette période.

Signature de la personne représentée (et non celle du représentant)

\_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Date

Les renseignements fournis dans les présentes sont recueillis aux fins de l'administration et de l'application de la Loi sur les accidents du travail et de la Loi sur la santé et la sécurité au travail en vertu de ces lois et de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Veuillez adresser toute demande relative à la collecte de ces renseignements à l'agent de la protection de la vie privée pour la CSSTY à l'adresse plus haut ou au 867-667-5645 ou 1-800-661-0443.