

Veillez prendre note que tous les champs doivent être remplis.

1. IDENTIFICATION DU SALARIÉ

| | |
|--------------|--|
| N° de client | Titre du métier ou de l'occupation visé par la demande |
| Nom | Prénom |

2. DOCUMENTS À FOURNIR

Pour une invalidité pour laquelle vous avez formulé une demande à Médic Construction, aucun document n'est nécessaire. Nous procéderons aux vérifications requises et communiquerons avec vous au besoin.

Pour un dossier lié à la CNESST, à la SAAQ, au RQAP ou à l'IVAC et pour lequel vous n'avez pas fait de demande à la section assurance invalidité de la Commission de la construction du Québec (CCQ), veuillez fournir le document de l'organisme pertinent, lequel doit mentionner la période exacte de l'incapacité et les limitations fonctionnelles attestées par un médecin.

Pour toute autre maladie ou tout autre accident, veuillez faire remplir les sections « Déclaration du médecin » et « Identification du médecin » du présent formulaire.

3. DÉCLARATION DU MÉDECIN

Je déclare que le salarié est dans l'incapacité d'effectuer les tâches de son métier ou occupation indiqué plus haut à la suite d'une maladie ou d'un accident : Oui Non

| | |
|---|----------------------------------|
| Début de l'incapacité (AAAA-MM-JJ) | Fin de l'incapacité (AAAA-MM-JJ) |
| Quelles sont les limitations fonctionnelles devant être considérées ? | |
| Le salarié est-il en mesure de suivre une formation théorique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

4. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

| | | |
|---|-------------------|--------------|
| Nom du médecin | Adresse | |
| <input type="checkbox"/> Omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste | Précisez | |
| N° de téléphone | | |
| Signature | Date (AAAA-MM-JJ) | N° de permis |

5. AUTORISATION DU SALARIÉ

J'autorise mon médecin traitant ainsi que les organismes publics concernés, incluant la CNESST, la SAAQ, la RQAP et l'IVAC, à communiquer à la CCQ ou à ses représentants autorisés tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande qui ont trait à toute invalidité, actuelle ou antérieure, incluant les renseignements médicaux relatifs à ces invalidités. Cette autorisation est valide pour la durée du traitement de ma demande. Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de ma demande de renouvellement de mon certificat de compétence et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Toutefois, ils pourront être divulgués à toute personne physique ou morale participant à l'étude de cette demande ou à d'autres personnes si la Loi l'exige ou si je l'autorise expressément. La présente autorisation ou une copie de celle-ci sera valide tant que durera l'étude de ma demande.

6. SIGNATURE

| | |
|-----------|-------------------|
| Signature | Date (AAAA-MM-JJ) |
|-----------|-------------------|

Veillez retourner ce formulaire avec les pièces justificatives, s'il y a lieu, à l'adresse ci-dessous.

Commission de la construction du Québec, Direction de la gestion de la main-d'œuvre, C. P. 2010, succ. Chabanel, Montréal (Québec) H2N 0C3