

Par la présente, nous,

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)
ou numéro d'employeur à la CSST

Employeur	
-----------	--

autorisons expressément la personne ci-après désignée,

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)
ou numéro d'employeur à la CSST

Personne autorisée	
--------------------	--

à avoir accès aux dossiers que possède la CSST concernant notre classification, notre cotisation et l'imputation du coût des prestations qui nous est faite conformément à l'article 37 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (ci-après LATMP);

à avoir accès aux dossiers que la CSST possède relativement aux lésions professionnelles dont ont été victimes des travailleurs alors qu'ils étaient à notre emploi ou relativement à des lésions professionnelles dont le coût nous est imputé en vertu de la LATMP ou relativement à des lésions professionnelles dont le coût sert à déterminer notre cotisation à la suite d'une opération visée à l'article 314.3 de cette loi, le tout conformément à l'article 38 de la LATMP.

Fin de l'autorisation

La présente autorisation prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- deux ans après la signature de la présente autorisation;
- à l'expiration d'un délai de trois semaines suivant la réception d'un avis de notre part à la CSST du retrait de la présente autorisation transmis par courrier recommandé;
- à l'expiration d'un délai de trois semaines de la date où la Commission est informée de notre dissolution ou de notre liquidation volontaire ou forcée ou de notre faillite;

Où l'autorisation est accordée jusqu'au :

Année	Mois	Jour
-------	------	------

(Maximum 2 ans)

La personne autorisée doit informer la CSST sans délai de la dissolution, ou de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de l'employeur.

Accès autorisé

La personne autorisée aura **accès à tous nos dossiers d'expérience** ou aux seuls dossiers mentionnés ci-après : Identifier les dossiers d'expérience si l'autorisation est restreinte :

--	--	--	--	--

Signé à	Date
---------	------

Par (nom et titre en majuscules)

Signature de l'employeur *

* Si l'employeur est une personne morale, la présente autorisation doit être signée par un officier dûment autorisé.

Adresse de correspondance de l'employeur

Nom			
Adresse			
Code postal	Téléphone	Télécopieur	Courriel

Article 38.1 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles


L'employeur ou la personne qu'il autorise ne doit pas utiliser ou communiquer les informations reçues en vertu de l'article 38 à d'autres fins que l'exercice des droits que la présente loi confère à cet employeur.

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1) et Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1)

La CSST réfère l'employeur et la personne autorisée aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* et de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* qui peuvent trouver application au regard des renseignements obtenus en vertu de la présente autorisation.

Comment remplir le formulaire

- Nom de votre entité légale
- Nom de la firme, de l'organisme ou de la personne qui demande l'autorisation
- Votre numéro d'entité légale à la CSST ou de NEQ
- Le numéro d'entité légale de la firme, de l'organisme ou de la personne qui demande l'autorisation
- Durée de l'autorisation (2 ans ou selon l'entente)
- Le ou les numéro(s) de dossier(s) d'expérience au(x) quel(s) vous autorisez l'accès
- Signature OBLIGATOIRE de la personne qui autorise l'accès
- Section que doit remplir l'entité légale donnant l'autorisation d'accès



Autorisation d'accès à des dossiers accordée par l'employeur

Par la présente, nous, Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) ou numéro d'employeur à la CSST

Employeur	
-----------	--

2. autorisons expressément la personne ci-après désignée, Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) ou numéro d'employeur à la CSST

Personne autorisée	
--------------------	--

3. à avoir accès aux dossiers que possède la CSST concernant notre classification, notre cotisation et l'imputation du coût des prestations qui nous est faite conformément à l'article 37 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (ci-après LATMP);

3. à avoir accès aux dossiers que la CSST possède relativement aux lésions professionnelles dont ont été victimes des travailleurs alors qu'ils étaient à notre emploi ou relativement à des lésions professionnelles dont le coût nous est imputé en vertu de la LATMP ou relativement à des lésions professionnelles dont le coût sert à déterminer notre cotisation à la suite d'une opération visée à l'article 314.3 de cette loi, le tout conformément à l'article 38 de la LATMP.

4. **Fin de l'autorisation**
La présente autorisation prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- deux ans après la signature de la présente autorisation;
- à l'expiration d'un délai de trois semaines suivant la réception d'un avis de notre part à la CSST du retrait de la présente autorisation transmis par courrier recommandé;
- à l'expiration d'un délai de trois semaines de la date où la Commission est informée de notre dissolution ou de notre liquidation volontaire ou forcée ou de notre faillite;

Où l'autorisation est accordée jusqu'au :

<input type="text"/>	Année	<input type="text"/>	Mois	<input type="text"/>	Jour
----------------------	-------	----------------------	------	----------------------	------

(Maximum 2 ans)

La personne autorisée doit informer la CSST sans délai de la dissolution, ou de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de l'employeur.

6. **Accès autorisé**
La personne autorisée aura accès à tous nos dossiers d'expérience ou aux seuls dossiers mentionnés ci-après :
Identifier les dossiers d'expérience si l'autorisation est restreinte :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. Signé à Date

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Par (nom et titre en majuscules)

Signature de l'employeur *	
----------------------------	--

* Si l'employeur est une personne morale, la présente autorisation doit être signée par un officier dûment autorisé.

8. **Adresse de correspondance de l'employeur**

Nom			
Adresse			
Code postal	Téléphone	Télécopieur	Courriel

Article 38.1 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
L'employeur ou la personne qu'il autorise ne doit pas utiliser ou communiquer les informations reçues en vertu de l'article 38 à d'autres fins que l'exercice des droits que la présente loi confère à cet employeur.

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1) et Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1)
La CSST réfère l'employeur et la personne autorisée aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* et de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* qui peuvent trouver application au regard des renseignements obtenus en vertu de la présente autorisation.

2303 (01-11)

Suite au verso

Envoyez ce formulaire à l'adresse suivante :