



Syndicat des employé(e)s de Vidéotron Itée

2486, rue Jean-Talon Est, bureau 1
Montréal (Québec) H2E 1W2

Téléphone : 514 527-4637
Télécopieur : 514 527-1832
Courriel : bureaumd@sevl2815.com



AUTORISATION

Date _____

Madame, Monsieur,

Par la présente, je soussigné(e)

(Nom, prénom, numéro d'employé, en caractère manuscrit)

Autorise mon représentant syndical Lafèche Gilbert (ou tout autre représentant dûment autorisé et identifié par le Syndicat) à avoir accès aux renseignements suivants :

Une copie intégrale de mon dossier médical et des décisions administratives versées au dossier ou encore tout autre document pertinent à mon sujet ou à ma cause, concernant mon/mes absence(s) et/ou mon invalidité

Du _____

Au _____ (Veuillez préciser la date de l'invalidité).

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Date de naissance : _____

Signature de l'employé : _____

Date : _____