Syndicat des employé(e)s de Vidéotron ltée
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 Daniel Moisan (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 :_____

Tulsa Valin-Landry, secrétaire-archiviste
23 avril 2020