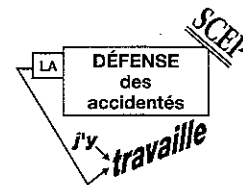




**SDAT**  
**Service de Défense des Accidentés(es) du Travail**  
**Région du Québec**



ENVOI PAR TÉLÉCOPIEUR

Lieu de résidence de l'accidenté(e) et la date

Dossier de :  
Numéro de dossier :  
Date de l'événement :  
Employeur :

**Objet : Mandat de procéder dans le dossier cité en titre**

Par la présente, je, soussigné(e), \_\_\_\_\_  
NOM DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE EN LETTRE S CARRÉES

AUTORISE :

NOM: Madame Maryse Lacroix  
TITRE: Coordonnatrice du Service de Défense des Accidentés du Travail - SDAT  
ADRESSE: **545, Crémazie Est, Bureau 1101 – 11<sup>e</sup> étage**  
Montréal, (Québec) H2M 2V1  
TÉLÉPHONE: ( 514 ) 384-9000, **poste 2258** pour les appels locaux  
1-800-263-4268, **poste 2258** pour les appels interurbains  
TÉLÉCOPIEUR : ( 514 ) 384-6002  
COURRIEL : [mlacroix@scep.ca](mailto:mlacroix@scep.ca)

- à prendre connaissance de **tous les documents relatifs à mon accident de travail** ou ma maladie professionnelle, **y compris tous les rapports médicaux** s'y rattachant ;
- à me représenter dans toutes les procédures nécessaires pour que j'obtienne pleine compensation ainsi que tous les avantages pouvant s'y rattacher et cela, autant devant la CSST ou la Commission des lésions professionnelles, ou toute instance appropriée

Veillez faire parvenir à Madame Lacroix, **une copie complète de mon dossier**, ainsi que toute correspondance future qui pourrait y être versée.

\_\_\_\_\_  
Signature de la travailleuse ou du travailleur accidenté

\_\_\_\_\_  
Date