

Numérisation	ENL	Date
N° de référence - Guichet SST :		

<b>Important</b>	Ce formulaire s'adresse à l'employeur qui veut autoriser une personne morale (firme ou organisme) ou physique et, s'il y a lieu, des personnes associées à la personne autorisée à exercer un droit d'accès aux dossiers que possède la CNESST concernant sa classification, sa cotisation et l'imputation du coût des prestations de même qu'un droit d'accès aux dossiers des lésions professionnelles auxquels l'employeur a lui-même accès. C'est la responsabilité de l'employeur d'aviser la CNESST de tout changement concernant la présente autorisation. La CNESST se dégage de toute responsabilité à cet égard.
------------------	---

Renseignements sur l'identité de la personne autorisée	
Nous, <input type="checkbox"/> <b>Nom de l'employeur</b>	<input type="checkbox"/> <b>N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur</b>
<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X
autorisons <b>expressément</b> la personne suivante, à titre principal, à exercer un droit d'accès à nos dossiers :	
Nom de la personne autorisée (nom de la firme, de l'organisme ou de la personne)	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur
Groupe Conseil NOVO SST (UPA)	88481974

Renseignements sur l'identité des personnes associées à la personne autorisée				
Nous autorisons <b>expressément</b> les personnes ci-après, à titre de personnes associées, à exercer le même droit d'accès à nos dossiers que la personne autorisée ci-dessus :				
Nom de la personne associée (nom de la firme, de l'organisme ou de la personne)	NEQ ou N° d'employeur	À remplir par l'employeur		
		Accepté	Refusé	Initiales
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La personne associée à la personne autorisée a le même droit d'accès que celui accordé à la personne autorisée. Bien qu'elle soit autorisée pour la même période que la personne autorisée, cette dernière pourra limiter la durée de cette autorisation. Dans le cas d'une révocation de l'autorisation de la personne autorisée, les autorisations de toutes les personnes associées seront révoquées implicitement.				

Accès accordé à la personne autorisée (Cocher la case appropriée)						
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Accès global (par défaut)</b>	Conformément à l'article 37 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), nous autorisons expressément la personne mentionnée ci-dessus, à titre principal et, s'il y a lieu, les personnes associées, à exercer un droit d'accès aux dossiers que possède la CNESST concernant notre classification et notre cotisation et à ceux touchant l'imputation du coût des prestations faite à notre dossier. Conformément à l'article 38 de la LATMP, nous autorisons également cette personne, à titre principal, et les personnes associées à exercer un droit d'accès aux dossiers que la CNESST possède relativement aux lésions professionnelles : <ul style="list-style-type: none"> <li>· dont des travailleurs ont été victimes lorsqu'ils étaient à notre emploi;</li> <li>· dont le coût est imputé à notre dossier en vertu de la LATMP;</li> <li>· dont le coût sert à déterminer notre cotisation à la suite d'une opération visée par l'article 314.3 de la LATMP.</li> </ul> Le droit d'accès global accordé à la personne autorisée et, s'il y a lieu, aux personnes associées, vise également les dossiers des personnes morales parties à une fusion dont nous sommes issus sauf, le cas échéant, les dossiers suivants : NEQ _____ NEQ _____ NEQ _____ NEQ _____ NEQ _____					
<input type="checkbox"/> <b>Accès limité</b>	Nous autorisons expressément la personne mentionnée ci-dessus et, s'il y a lieu, les personnes associées, à exercer un droit d'accès limité aux dossiers d'expérience suivants : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> </table>					

Signature (même personne qu'au verso) X
--

## Durée de l'autorisation (Cocher la case appropriée)

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

### Autorisation d'accès en relation avec une mutuelle

- à la fin des effets sur la cotisation<sup>1</sup> du signataire de sa participation à une mutuelle de prévention qui a comme personne désignée<sup>2</sup> la personne autorisée, à titre principal, par les présentes;
- si le signataire ne participe pas à une telle mutuelle, le 31 décembre de l'année en cours si l'autorisation est signée avant le 1er juillet de la même année ou le 31 décembre de l'année suivante si l'autorisation est signée après le 1er juillet de l'année en cours;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines suivant la réception d'un avis de la part du signataire à la CNESST d'une révocation de la présente autorisation;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines à partir de la date où la CNESST est informée de la dissolution, de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de l'entreprise du signataire.

### Autorisation d'accès régulière

- à la date de fin inscrite ci-dessous par le signataire;
- deux ans après la signature de la présente autorisation si aucune date de fin n'est inscrite;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines suivant la réception d'un avis de notre part à la CNESST d'une révocation de la présente autorisation;
- à l'expiration d'un délai d'au plus trois semaines à partir de la date où la CNESST est informée de la dissolution, de la liquidation volontaire ou forcée ou de la faillite de notre entreprise.

L'autorisation est accordée jusqu'au : (Maximum 2 ans)

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

1 On entend par « fins des effets sur notre cotisation » le premier jour de la 6<sup>e</sup> année qui suit celle où pour la dernière fois, cet employeur participe à une mutuelle de prévention qui a comme personne désignée la personne autorisée par la présente.

2 Personne désignée en vertu de l'entente liant les employeurs membres de la mutuelle de prévention et la CNESST.

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

## Signature de l'employeur\*

Signé à X	Date X	A   A   A   A   M   M   J   J					
Par (prénom et nom en caractères d'imprimerie) X	Fonction X						
Signature X	Téléphone X	Poste X	Télécopieur X				
Adresse de correspondance de l'employeur X	Code postal X	Courriel X					

### \*La CNESST accepte la signature d'une des personnes suivantes:

**Personne habilitée d'office** : Personne physique qui, de par son seul statut, peut signer des documents au nom de l'employeur. Ce statut peut différer selon la forme juridique de l'entreprise.

Dans le cas d'une personne morale, il s'agit du président, du vice-président, du secrétaire ou du trésorier qui siègent au conseil d'administration;

Dans le cas d'une entreprise individuelle, il s'agit du propriétaire unique;

Dans le cas d'une société en nom collectif, il s'agit d'un des associés;

Dans le cas d'une société en commandite, il s'agit d'un des commandités.

OU

**Répondant de l'employeur** : Personne que l'employeur a déjà autorisé parmi ses employés pour le représenter à titre de répondant.

OU

**Autre personne dûment autorisée à signer des documents au nom de l'employeur** : Dans le cas d'une personne morale, il s'agit d'une personne dûment autorisée à signer le présent formulaire en vertu des règlements de cette personne morale ou d'une résolution de son conseil d'administration. Dans le cas d'une entreprise individuelle ou d'une société, il s'agit d'une personne dûment autorisée à signer le présent formulaire en vertu d'une procuration signée par une personne habilitée d'office. La procuration, le règlement ou la résolution faisant foi de l'autorité du signataire en la matière doivent être joints au présent formulaire.

## TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Transmettre ce formulaire à l'adresse de la personne qui demande l'autorisation : Groupe Conseil Novo SST A/S Sylvain Levasseur  
1020, rue Bouvier, bureau 600, Québec (Québec) G2K 0K9

## RÉVOCATION DU DROIT D'ACCÈS

Vous pouvez en tout temps révoquer l'autorisation d'accès de la personne autorisée ou de certaines personnes associées auprès de la CNESST. Pour ce faire, vous pouvez transmettre une lettre de révocation à l'équipe des services en ligne sécurisés.