Avis d’un arrêt de travail

# DSF courte durée / longue duréeou CSST ou SAAQ

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la personne(en arrêt de travail) : |       |
| Adresse complète : |       |
|  |       |
|  |       |
| Téléphone : |       |
| Date du début de l’arrêt de travail : |       |
| S’il s’agit d’un accident de travail, date de l’accident : |       |
| Nom de l’unité syndicale : |       |
| Transit : |       |
| Représentant de l’unité syndicale : |       |
| Téléphone : |       |

***Veuillez transmettre par télécopieur au 514 527-5759***

***A/S de : Sylvie Chevrier, intervenante spécialisée en santé***