

Avis d'appel

Cet avis d'appel doit être reçu par le Tribunal d'appel au plus tard un an après avoir été notifié de la décision écrite de la Commission.

Partie 1 : Coordonnées du requérant				☐ Travailleur	☐ Employeur
☐ M.	Nom de famille ou nom de l'entreprise du requérant		Prénom		
☐ Mme					
Adresse					
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (domicile)		Téléphone (travail)		Cellulaire	Télécopieur
Adresse courriel :					
Si vous êtes un employeur, complétez les cases à la droite		☐ M. ☐ Mme	Nom de la personne qui est responsable pour l'appel		Numéro de téléphone

Partie 2 : Qu'est-ce que vous contestez ?		
Je fais appel de la (des) décision(s) suivante(s) :		
Nom et numéro de réclamation OU Numéro du dossier de l'employeur	Date de la décision de la Commission	Joindre la ou les décisions que vous contestez
	1.	☐ copie jointe
	2.	☐ copie jointe
	3.	☐ copie jointe

Partie 3 : Quels sont les moyens d'appel ?

Moyens (raisons) appuyant l'appel de la décision #1 :

Moyens (raisons) appuyant l'appel de la décision #2 :

Moyens (raisons) appuyant l'appel de la décision #3 :

Vous pouvez ajouter une page additionnelle et fournir d'autres raisons, si nécessaire.

Partie 4 : Contestez-vous une politique de Travail sécuritaire NB ?

☐ OUI ☐ NON Si OUI, laquelle et les raisons pour la contester :

Partie 5 : Quelle langue préférez-vous ? (Choisissez-en une)

	Anglais	Français
Parlée	☐	☐
Écrite	☐	☐

Partie 6 : Information additionnelle

Veillez utiliser cette partie pour fournir des renseignements additionnels au Tribunal d'appel des accidents au travail qui sont selon vous, nécessaires au traitement de votre avis d'appel.

Partie 7: Représentation

☐ J'ai un représentant ☐ Je planifie d'avoir un représentant. ☐ Je me représente moi-même.

Si vous avez un représentant, complétez l'information ci-bas et signez l'autorisation.

Je nomme et autorise _____ comme représentant dans cet appel.

Nom du représentant	Nom de famille		Prénom
Entreprise			
Adresse			
	Ville	Province	Code postal
Téléphone :	Travail	Cellulaire	Télécopieur

Signature du représentant

Date (AAAA-MM-JJ)

Imprimez le nom

Si vous n'avez pas de représentant et désirez parler à un défenseur des travailleurs ou si vous êtes un employeur qui désire parler à un défenseur des employeurs, veuillez composer le numéro sans frais suivant : 1-844-530-0282.

Partie 8 : Êtes-vous prêt à procéder ?

Je suis prêt et je désire qu'une date d'audience soit établie. ☐

Je ne suis pas prêt à procéder à une audience. ☐

Partie 9 : Signature et date

Veillez prendre note qu'en logeant cet appel, le Tribunal d'appel des accidents au travail partagera toute information pertinente avec les parties en cause.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Imprimez le nom

Tel que l'exige le paragraphe 21(2.2) de la *Loi sur la Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail* et le *Tribunal d'appel des accidents au travail*, l'avis d'appel sera envoyé à la Commission, au Bureau du défenseur des employés et au Bureau du défenseur des employeurs.

Notre adresse :

Tribunal d'appel des accidents au travail
Case postale 5001
3700, chemin Westfield
Saint John (Nouveau-Brunswick) E2L 4Y9
À l'attention de la Registraire

Tél : (506) 738-6444
Sans frais : 1-844-738-6444
Télécopieur : (506) 738-4104

Adresse courriel : WCAT.TAAT@gnb.ca