

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			
		<input type="checkbox"/> Travailleur	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Nom de famille ou nom de l'entreprise du requérant		Prénom
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Téléphone (domicile) ()	Téléphone (travail) ()	Cellulaire ()	Télécopieur ()
Adresse courriel :			
Si vous êtes un employeur, complétez les cases à la droite	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> copie jointe
	2.	<input type="checkbox"/> copie jointe
	3.	<input type="checkbox"/> 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 Si OUI, laquelle : _____

NON Raison(s) : _____

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

	Anglais	Français
Parlée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 6 : Information additionnelle

Veuillez 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
110, rue Charlotte, bureau 202
Saint John (Nouveau-Brunswick) E2L 2J3
À l'attention de la Registraire

Tél : (506) 643-7660
Sans frais : 1-844-738-6444
Télécopieur : (506) 643-6282

Adresse courriel : WCAT.TAAT@gnb.ca