

Visitez [wsib.ca/fr/soumettre](http://wsib.ca/fr/soumettre) pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Numéro d'entreprise	Numéro d'assurance sociale	Date d'examen (jj/mm/aaaa)	Numéro de film	Numéro des Services d'archives radiographiques réglementaires de l'Ontario
Nom de l'entreprise		Division de		
Nom de famille de la personne employée		Prénom		Initiale du second prénom
Première année d'exposition (aaaa)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de personne mineuse	Lieu de naissance	
Adresse domiciliaire de la personne employée				Code postal

Antécédents professionnels						
Date de début (jj/mm/aa)	Date de fin (jj/mm/aa)	Employeur	Lieu de travail	Profession	Industrie minière B S MS CO	Type de minerai

**Industrie minière : B – Broyage. S – Exploitation de surface. MS – Exploitation minière souterraine. OP – Open pit mining.**

Examen et autorisation de divulgation
<p>En tant que personne examinatrice de la personne employée susmentionnée en vertu de la <i>Loi sur la santé et la sécurité au travail</i> (LSST), L.R.O. 1990, chap. O.1, par. 12(3), je reconnais que j'ai examiné les documents de l'examen de radiographie et(ou) de l'exploration fonctionnelle respiratoire de la personne susmentionnée et que je n'en ai plus besoin à des fins cliniques. Étant donné que je ne suis pas en mesure de stocker ces documents à mon cabinet, je demande leur soumission à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) en vue de leur stockage à l'adresse suivante :</p> <p style="text-align: center;"><b>Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail Services d'archives radiographiques réglementaires de l'Ontario 200, rue Front O, 14<sup>e</sup> étage Toronto ON M5V 3J1</b></p> <p>Je comprends que la WSIB n'examinera pas ces documents d'examen de radiographie et(ou) d'exploration fonctionnelle respiratoire à moins du dépôt d'une demande de prestations ultérieure pour la personne susmentionnée.</p>

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

**Collecte de renseignements personnels**

Nous recueillons les renseignements personnels contenus dans ce formulaire en vertu de la LSST, L.R.O. 1990, chap. O.1, par. 12(3), à des fins d'enregistrement de personnes travailleuses visées par un règlement sur des substances désignées, notamment l'amiante et la silice. Pour en savoir plus au sujet de la collecte de ces renseignements, veuillez-nous appeler au 1-800-387-0750 ou, localement, au 416-344-1000. ATS : 1-800-387-0050.

Nom de la personne médecin		Signature	
Aucun examen de radiographie		Aucune exploration fonctionnelle respiratoire	
Adresse de la clinique		Appartement/bureau	Province
		Ville	
Numéro de téléphone	Date (jj/mm/aaaa)	Numéro d'enregistrement auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	

**Déclaration de la personne employée**

J'accepte que les résultats des examens décrits par la personne médecin susmentionnée soient soumis et stockés à la WSIB. Je consens à la communication de ces renseignements à la WSIB en cas de dépôt d'une demande d'indemnisation ultérieure, étant donné qu'ils seront nécessaires dans le cadre du processus décisionnel.

Signature de la personne employée		Numéro de téléphone	Date (jj/mm/aaaa)
<p>Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.</p>			