

**Renseignements sur la personne requérante**

Prénom		Nom de famille		Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	
--------	--	----------------	--	---------------------------------	--

Âge	Sexe	Période d'emploi (jj/mmm/aaaa)		Titre de poste	
		Du	au		

La personne requérante est-elle une propriétaire ou une associée de l'entreprise? Oui Non

La personne requérante a-t-elle été engagée par l'entreprise? Oui Non

La personne requérante est-elle la personne conjointe de la ou du propriétaire de l'entreprise? Oui Non

La personne requérante est-elle présidente, vice-présidente, secrétaire ou trésorière de l'entreprise? Oui Non

La personne requérante a-t-elle un lien de parenté avec la ou le propriétaire de l'entreprise? Oui Non

La personne requérante est-elle atteinte d'une déficience auditive préexistante? Oui Non

Veillez justifier chaque réponse affirmative. Vous pouvez utiliser le verso du présent formulaire ou annexer une autre feuille à ce dernier. Assurez-vous d'indiquer le numéro de dossier sur la feuille jointe.

**Antécédents professionnels de la personne requérante**

Veillez indiquer l'horaire de travail habituel de la personne requérante en utilisant la lettre « C » pour une journée complète travaillée et la lettre « D » pour une demi-journée travaillée, suivie du total de ses heures hebdomadaires rémunérées.

Exemple :

Dim.	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Total des heures hebdomadaires
	C	C	D	C	C		36

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total des heures hebdomadaires

Genre de protection auditive fournie, s'il y a lieu? Genre de protection auditive Date de la première fourniture (jj/mmm/aaaa)

L'entreprise a-t-elle effectué des relevés sonores aux endroits où la personne requérante

a) travaille présentement? Oui Non Sans objet b) travaillait? Oui Non

Si l'entreprise n'a effectué aucun relevé sonore aux endroits où la personne requérante travaille/travaillait, estimez-vous que les niveaux de bruit actuels sont :

les mêmes qu'avant? plus élevés qu'avant? moins élevés qu'avant?

Veillez fournir des détails sur les niveaux de bruit dangereux auxquels la personne requérante a été exposée en travaillant pour votre entreprise. Indiquez les niveaux de bruit réels et la durée quotidienne d'exposition. Si vous ne disposez pas des niveaux de bruit réels, veuillez fournir leur estimation. La WSIB dispose de renseignements sur les niveaux de bruit dans ce secteur d'activité au cas où vous ne pourriez pas fournir une estimation des niveaux de bruit dans les aires de travail pertinentes.

La personne requérante travaillait-elle à temps plein lors de son exposition à des bruits dangereux? Oui Non

Aire de travail, numéro d'usine ou numéro de service	Titre du poste de la personne requérante	Outils et équipement utilisés	Période d'emploi (jj/mmm/aaaa)	Date du relevé sonore (jj/mmm/aaaa)	Niveau de bruit (dB)	Nombre d'heures d'exposition
			Du au			
			Du au			
			Du au			
			Du au			
			Du au			
			Du au			

Signature Titre de poste Date (jj/mmm/aaaa) Numéro de téléphone

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.