

**Avis de référence**

Numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance maladie

Délivrance

Année Mois Jour


Nom et adresse du titulaire

J'atteste que j'ai examiné le titulaire de cet avis en vertu du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines et qu'au meilleur de ma connaissance, ce dernier devrait produire une réclamation pour maladie professionnelle pulmonaire découlant d'une exposition:

à l'amiante à la silice 

À défaut de produire une réclamation **dans les 6 mois du présent avis**, votre certificat de santé pulmonaire sera suspendu jusqu'à ce que vous produisiez une réclamation à la CSST.

Date de l'examen	Année	Mois	Jour

Signature du médecin 

N° du médecin