

<b>Important</b>	<b>Ce formulaire doit parvenir à la CNESST avant le :</b>
	15 décembre 2019 pour l'année de tarification 2017 15 décembre 2020 pour l'année de tarification 2018 15 décembre 2021 pour l'année de tarification 2019 15 décembre 2022 pour l'année de tarification 2020

**1. Demande d'un second ajustement provisoire**

Nom de l'employeur	N° d'entreprise du Québec ou N° d'employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
OU	
Nom du groupe d'employeurs	N° du groupe d'employeurs
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nous demandons que notre cotisation soit ajustée provisoirement en fonction du coût des lésions porté à notre dossier pour les trois premières années de la période de référence.

Cochez l'année (les années) pour laquelle (lesquelles) vous demandez un second ajustement provisoire :

2017     
  2018     
  2019     
  2020

**2. Signature de l'employeur\***

Prénom et nom du signataire en lettres moulées		Date
Fonction	Téléphone	Poste
Signature		

**\* La CNESST accepte la signature d'une des personnes suivantes :**

**Personne habilitée d'office :** Personne physique qui, de par son seul statut, peut signer des documents au nom de l'employeur. Ce statut peut différer selon la forme juridique de l'entreprise.

Dans le cas d'une personne morale, il s'agit d'une personne exerçant une fonction de dirigeant au sens entendu par sa loi constitutive. Par exemple, il peut s'agir du président, du secrétaire ou d'une personne déclarée au registre des entreprises du Québec ayant une fonction autre qu'« administrateur ».

Dans le cas d'une entreprise individuelle, il s'agit du propriétaire unique.

Dans le cas d'une société en nom collectif, il s'agit d'un des associés.

Dans le cas d'une société en commandite, il s'agit d'un des commandités.

ou  
**Répondant de l'employeur :** Personne que l'employeur a déjà désignée parmi ses employés pour le représenter à titre de répondant.

ou  
**Employé désigné :** Personne rémunérée par l'employeur qui détient au préalable un droit d'accès en matière de tarification rétrospective.

ou  
**Autre personne dûment autorisée à signer des documents au nom de l'employeur :** Dans le cas d'une personne morale, il s'agit d'une personne dûment autorisée à signer le présent formulaire en vertu des règlements de cette personne morale, d'une résolution de son conseil d'administration ou d'une convention unanime d'actionnaires. Dans le cas d'une entreprise individuelle ou d'une société, il s'agit d'une personne dûment autorisée à signer le présent formulaire en vertu d'une procuration signée par une personne habilitée d'office. **Le document faisant foi de l'autorité du signataire en la matière doit être joint au présent formulaire.**

**TRANSMISSION DU FORMULAIRE**

Transmettre ce formulaire au bureau de la CNESST à l'adresse suivante : <b>Service à la grande entreprise et aux mutuelles de prévention</b> 524, rue Bourdages, bureau 350, case postale 1200, succ. Terminus Québec (Québec) G1K 7E2 418 266-4654 1 800 848-4219 Télécopieur : 418 266-4653 ou sans frais 1 833 798-0669
--