

1. IDENTIFICATION

Nom	Prénom	N° de client à la CCQ
-----	--------	-----------------------

2. RENSEIGNEMENTS

Veuillez nous faire une description détaillée des tâches ou fonctions que vous avez exercées avant votre arrêt de travail.

Êtes-vous droitier ou gaucher? Droitier Gaucher

Métier ou occupation exercé (préciser si vous êtes contremaître)

Genre de chantier

Adresse de chantier

N°	Rue		
Ville	Province	Code postal	

Veuillez énumérer et détailler chacune des tâches exercées, et fournir le pourcentage (%) de votre temps consacré à chacune d'elles

Tâches exercées	Pourcentage (%)

3. SIGNATURE

Signature	Date (AAAA-MM-JJ)
-----------	-------------------

Veuillez retourner ce document à l'adresse suivante :

Commission de la construction du Québec
 Section assurance invalidité
 Case postale 2515
 Succursale Chabanel
 Montréal (Québec) H2N 0C7