

**DEMANDE DE RÉVISION D'UNE DÉCISION DU COMITÉ PARITAIRE
DE L'ENTRETIEN D'ÉDIFICES PUBLICS, RÉGION DE MONTRÉAL**

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE : _____ PROVINCE : _____

TÉLÉPHONE : _____ AUTRE TÉL. : _____

COURRIEL : _____

JE SUIS UN EMPLOYEUR ou JE SUIS UN SALARIÉ

NUMÉROS DE RÉFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)

NO D'INSPECTION _____ NO DE RÉCLAMATION _____ NO D'EMPLOYEUR _____

DÉTAILS DE LA DEMANDE DE RÉVISION

DATE DE LA DÉCISION RENDUE PAR LE COMITÉ : _____

MOTIFS DE LA DEMANDE DE RÉVISION : _____

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXÉS

SIGNATURE : _____ DATE : _____

Ce formulaire et les documents pertinents doivent être transmis dans les 30 jours de la décision contestée à l'attention de la Directrice générale par courriel à info@cpeep.qc.ca, ou par la poste au 4351 rue d'Iberville, Montréal (Québec) H2H 2L7