



| | |
|----------------------------------|---------|
| For the Period / Pour la période | |
| From / du | To / au |
| | |

This form is required under Section 21 of the Regulation for Asbestos on Construction Projects and in Buildings & Repair Operations.
Ce formulaire est requis en vertu de l'article 21 du règlement sur le travail avec l'amiante dans les projets de construction et de réparations d'édifices.

Asbestos Work Report / Rapport sur le travail avec l'amiante

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------|---|---------------|--|
| Name of Employer / Nom de l'employeur | | | Employer's Address / Adresse de l'employeur | | |
| Employee's Surname / Nom de l'employé | Given Name / Prénom | Init. / Init. | Employee's Address / Adresse de l'employé (Street No., Street, City, Postal Code / N° de rue, rue, ville, code postal) | | |
| S.I.N. / N° d'assurance sociale | Date of Birth / Date de naissance Y/A M/M D/J | | Family Physician's Name and Address / Nom et adresse du médecin de famille | | |
| Hours of Work / Heures de travail | Type 2 | | | Type 3 | |
| | | | | | |
| Return to: | Provincial Physician Occupational Health & Safety Branch Ministry of Labour 505 University Ave 19 th Floor Toronto, ON M7A 1T7 | Renvoyer au : | Médecin provincial Direction de la santé et de la sécurité au travail Ministère du Travail 505, avenue University 19 ^e étage Toronto (ON) M7A 1T7 | | Signature of Employer / Signature de l'employeur |
| | | | | | Date |

When complete, provide one copy to:

Provincial Physician
Worker
Employer

Une fois rempli, veuillez envoyer un exemplaire de ce formulaire aux personnes suivantes :

Médecin provincial
Travailleur
Employeur