**Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail**
505, avenue University, 7e étage
Toronto (Ontario) M5G 2P2
Téléphone : 416 314-8800 ; Télécopieur : 416 326-5164
ATS : 416 314-1787
Numéro sans frais en Ontario : 1 888 618-8846
Site Web : www.wsiat.on.ca

# Exposé conjoint des faits

## (Général)

Effacer Imprimer

Utilisez ce formulaire pour décrire les faits sur lesquels les deux parties à l'appel s'entendent relativement à une ou à plusieurs questions en litige.

L'exposé conjoint des faits peut aider à circonscrire les questions en litige et à favoriser l'efficacité de l'audience en réduisant le nombre de témoignages ou d'éléments de preuve qui doivent y être présentés.

Les deux parties doivent signer et renvoyer l'exposé conjoint des faits au Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT).

**Nom du dossier :** _____ **Dossier nº** | | | | | | | | | | | | **du TASPAAT**

## 1. FAITS CONVENUS

Nous sommes l'appelant[1] et la partie intimée dans cet appel.

Nous soumettons cet exposé conjoint des faits au TASPAAT en vue du règlement de la ou des questions suivantes :

---

Nous nous entendons sur les faits suivants (*énumérez et numérotez ci-dessous tous les faits convenus*) :

[1] Le masculin s'applique sans discrimination aux personnes des deux sexes

☐ Voir les pages ci-jointes pour la suite de notre exposé conjoint des faits.

## 2. ATTESTATION

Nous nous entendons sur les faits susmentionnés. Nous comprenons que le vice-président ou comité n'est pas tenu d'accepter cet exposé et qu'il pourrait vouloir entendre des témoignages ou obtenir des éléments de preuve relativement aux faits décrits.

**Signature de l'appelant**

_____

Date (jj/mm/aaaa)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**Signature du représentant de l'appelant**

_____

Date (jj/mm/aaaa)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**Signature de la partie intimée**

_____

Date (jj/mm/aaaa)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

**Signature du représentant de la partie intimée**

_____

Date (jj/mm/aaaa)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

***Avis*** : Les renseignements demandés sur ce formulaire sont recueillis aux fins d'une instance du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT). Tous les renseignements sont recueillis aux termes de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, L.O. 1997, chap. 16, tel que modifiée, et ils seront versés au dossier et transmis à la CSPAAT lorsque le dossier lui sera renvoyé. Les renseignements seront utilisés aux seules fins de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Pour toute question au sujet de cette quête de renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la protection des renseignements personnels du TASPAAT au 416 314-8800, au 1 888 618-8846 (sans frais en Ontario), ou au 416 314-1787 (ATS).

 © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024