



Attestation pour risque élevé de maladie grave du formulaire de pandémie COVID-19

Moi _____, je témoigne par la présente que j'ai contacté l'autorité de santé publique locale et/ou un professionnel de la santé au sujet de ma situation et ils ont confirmé que :

Je suis à haut risque de maladie grave du COVID-19 en raison de : (1) Une condition médicale et/ou (2) À la suite d'un système immunitaire affaibli causé par une condition médicale sous-jacente ou en raison d'un traitement médical.

OU

Je vis avec une personne qui est à haut risque de maladie grave du COVID-19 en raison de : (1) Une condition médicale et/ou (2) À la suite d'un système immunitaire affaibli causé par une condition médicale sous-jacente ou en raison d'un traitement médical.

NOTE : VEUILLEZ NE PAS DIVULGUER LE DIAGNOSTIC MÉDICAL

Partie I :

Validez s'il existe des pratiques et/ou des mesures préventives qui :

- (i) L'**EMPLOYEUR** pourrait mettre en œuvre sur le lieu de travail ce qui vous permettrait de travailler (par exemple le changement des heures de travail, pauses plus fréquentes, limiter l'exposition au public, mettre à la disposition de l'équipement de protection individuelle (EPI) nécessaire et des produits d'assainissement pour les mains sur le lieu de travail, fournir un espace de bureau fermé pour travailler, s'assurer que la distanciation sociale est respectée, etc.)?

Oui Non

Fournir les **détails applicables** à l'appui de la réponse indiquée ci-dessus en fonction de votre situation particulière :

- (ii) **VOUS** pourriez mettre en œuvre pour vous-même que ce soit à la maison (par exemple, limiter les contacts avec les autres, limiter les déplacements hors du domicile, etc.) ou sur le lieu de travail qui vous permettrait de travailler (par exemple changer de vêtements au travail, se laver les mains plus souvent, porter des EPI supplémentaires, pratiquer la distanciation sociale, etc.)?

Oui Non

Fournir les **détails applicables** à l'appui de la réponse indiquée ci-dessus en fonction de votre situation particulière :

Partie II :

En raison de mes circonstances particulières, comme indiquées ci-dessus, j'atteste que :

- (i) Il n'y a pas de mesure(s) identifiée(s) par l'**EMPLOYEUR** et/ou par **MOI-MÊME** qui puisse être mise en place afin d'atténuer le risque associé au COVID-19 associé à ma situation personnelle; et
- (ii) Pour cette raison, conformément à mes conditions d'emploi et/ou aux dispositions relatives à ma convention collective, je demande un « congé payé pour d'autres raisons » basé sur :

Risque maladie employé
(code de congé 6916)

Impossibilité de se présenter au travail en raison d'un risque élevé de maladie grave découlant de la pandémie et **ne peut pas travailler à distance.**

OU

Risque maladie famille
(code de congé 6924)

Ne peut pas se présenter au travail parce qu'il vit avec une personne à charge présentant un risque élevé de maladie grave en raison de la pandémie et **ne peut pas travailler à distance.**

Partie III :

En remplissant ce formulaire, je comprends et je suis d'accord que :

- J'ai la responsabilité d'informer mon superviseur et/ou mon gestionnaire de tout changement apporté à mon congé actuel et de ma situation en matière de congé payé pour d'autres raisons;
- On peut me confier des travaux et/ou des tâches qui doivent être effectués;
- Je peux être tenu de fournir des informations ou une certification supplémentaire, jugées nécessaires par la direction afin de valider l'approbation de cette demande de congé; et
- Ma demande pour ce type de congé de travail sera régulièrement examinée par la direction.

Signature de l'employé

Date