

- Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires.
- L'historique des heures travaillées sera envoyé par courrier dans les 10 jours suivant son traitement.

## 1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FORMULE LA DEMANDE

Nom*		Prénom*	
N° de téléphone principal		N° de téléphone secondaire	
Adresse courriel*			
N°*	Rue*	N° d'appartement (si applicable)	Case postale (si applicable)
Ville*		Province	Pays
			Code postal*
Pour qui faites-vous cette demande ?*			
<input type="checkbox"/>	Vous-même		
<input type="checkbox"/>	Une tierce personne Note : Joindre un formulaire de consentement de la personne salariée visée. Vous pouvez utiliser le formulaire <i>Consentement pour la communication de renseignements personnels et confidentiels</i> , qui se trouve sur le site Web de la CCQ.		
<input type="checkbox"/>	Une personne décédée Note : Joindre une preuve de votre statut.		
<input type="checkbox"/>	Titre de la personne qui fait la demande (ex. : liquidateur, héritier, successible, bénéficiaire)		
<input type="checkbox"/>	Raison de la demande (doit mettre en cause vos intérêts ou vos droits)		
<input type="checkbox"/>	Une personne pour qui vous êtes mandataire, curateur ou tuteur Note : Joindre une copie du mandat en cas d'incapacité ainsi que le jugement d'homologation ou une copie de la procuration si vous ne l'avez pas déjà envoyé à la CCQ.		

## 2. DÉTAIL DE LA DEMANDE

Identification de la personne concernée par la demande			
N° de client à la CCQ*		Adresse courriel*	
Nom*		Prénom*	
Je désire obtenir *			
<input type="checkbox"/>	Le total des heures au dossier		
<input type="checkbox"/>	Le nombre d'heures correspondant à la période du (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/>	Le nombre d'heures pour le métier de :		seulement
<input type="checkbox"/>	Le nombre d'heures travaillé pour l'employeur :		
Adresse d'expédition de l'historique des heures travaillées (si différente de l'adresse de la personne qui fait la demande)			
N°	Rue	N° d'appartement	Case postale
Ville	Province	Pays	Code postal

## 3. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI FORMULE LA DEMANDE

Signature de la personne qui formule la demande (obligatoire)		Date de la signature (obligatoire) (AAAA-MM-JJ)
---	--	---

**Veillez retourner ce formulaire avec les pièces justificatives, s'il y a lieu :**

**Par courrier :**

Commission de la construction du Québec  
C. P. 2010, succ. Chabanel  
Montréal (Québec) H2N 0C3

**Par télécopieur :**

514 736-6714

**Dans les services en ligne :**

[sel.ccq.org](http://sel.ccq.org)

**Dans l'un de nos bureaux régionaux :**

**Abitibi-Témiscamingue**

518, rue Giguère  
Val-d'Or (Québec) J9P 6M4

**Bas-Saint-Laurent–Gaspésie**

188, rue des Gouverneurs  
Rimouski (Québec) G5L 8G1

**Côte-Nord**

598, boul. Laure, bureau 112  
Sept-îles (Québec) G4R 1X7

**Estrie**

2700, rue Galt Ouest  
Sherbrooke (Québec) J1K 2V8

**Mauricie–Bois-Francs**

225, rue des Forges, bureau 100  
Trois-Rivières (Québec) G9A 2G7

**Montréal**

1201, boul. Crémazie Est  
Montréal (Québec) H2M 0A6

**Outaouais**

225, montée Paiement  
Gatineau (Québec) J8P 6M7

**Québec**

700, boul. Lebourgneuf, rez-de-chaussée  
Québec (Québec) G2J 1E2

**Saguenay–Lac-Saint-Jean**

1299, rue des Champs-Élysées, bureau 101  
Saguenay (Québec) G7H 6P3