Transport Canada / Transports Canada

ASSURANCE OF VOLUNTARY COMPLIANCE
PROMESSE DE CONFORMITÉ VOLONTAIRE

☐ Employer's / de l'employeur ☐ Employee's / de l'employé(e) ☐ Custodian / de l'administrateur

File No. / N° du dossier
Assignment No. / N° d'assignation

Pursuant to the Canada Labour Code / Conformément au Code canadien du travail ☐ Part II / Partie II ☐ Part III / Partie III

Pursuant to / Conformément à ☐ L.P./TB MOU / PDT/CT PE

Name of Employer or Custodian / Nom de l'employeur ou de l'administrateur	Work Place or Building / Lieu de travail ou immeuble
Mailing Address - Adresse postale	Site Address - Adresse du site
Postal Code - Code postal	
Telephone No. / N° de téléphone	Date of intervention / Date de l'intervention

No. / N°	Item / Sujet	Completion Date / Date du redressement

I, the undersigned custodian or employer or employer's representative or employee, hereby:

1. declare that I have read this document and understand what action is required;
2. agree to take such action and to have it completed on or before the completion date indicated above; or
3. agree to inform, in writing, the inspector / safety officer named below, within fourteen (14) days from the above completion date, that the remedial action has been taken or submit an action plan with time frames.

Je, soussigné administrateur ou employeur ou représentant de l'employeur ou employé(e), par la présente :

1. déclare avoir lu le présent document et comprend le redressement nécessaire;
2. suis d'accord à prendre les mesures nécessaires et m'assurer que le tout est terminé à la date du redressement indiquée plus haut ou avant; ou
3. suis d'accord à informer par écrit l'inspecteur/agent de sécurité nommé ci-dessous dans les quatorze (14) jours suivant la date du redressement indiquée ci-haut, que les mesures correctives ont été prises ou de soumettre un plan d'action avec dates de mise en exécution.

Inspector-Safety Officer / Inspecteur-Agent de sécurité

Name / Nom (please print / lettres moulées s.v.p.) Title / Titre

Telephone No. - N° de téléphone Date

Signature Date

Address - Adresse

☐ For the above custodian / Pour l'administrateur ci-haut

☐ For the above employer / Pour l'employeur ci-haut

☐ Employee of the above employer / Employé de l'employeur ci-haut

Copy / Copie **1. Inspector/Safety Officer / Inspecteur/Agent de sécurité** **2. Employer/Employee / Employeur/Employé(e)** **3. Safety and Health Committee/Representative** **4. Custodian / Administrateur**

26-0614 (0007-20)

Canada