



Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected to validate your election to count past service and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in not validating your election to count past service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Si vous refusez de répondre, votre option de rachat d'une période de service antérieure pourrait ne pas être validée. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. Ils sont protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés, conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Instructions

If you are required to undergo a medical examination to validate your election to count past service, you must do so within 90 days prior to or 6 months after the date of your election. This form should be completed and forwarded to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector to advise them that you have undergone a medical examination.

Si vous devez subir un examen médical pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure, vous devez le faire dans les 90 jours qui précèdent ou dans les 6 mois qui suivent la date de votre option. Ce formulaire doit être rempli et transmis au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle afin de l'informer que vous avez subi un examen médical.

Surname - Nom

Given Names - Prénoms

Superannuation No.
N° de pension de retraite

Department or Agency - Ministère ou organisme

Tel. No. (incl. area code)
N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)

Medical Practitioner - Médecin

Please forward the completed Occupational Health Assessment Report (HC/SC 3312E) or equivalent, to Workplace Health and Public Safety Program at the address indicated.

Veillez envoyer le Rapport d'évaluation de la santé au travail (HC/SC 3312E) ou un formulaire équivalent au Programme de Santé au Travail et de sécurité du public à l'adresse indiquée.

I, the undersigned medical practitioner, certify that I have medically examined the above-mentioned person on

Je soussigné, médecin, certifie que j'ai fait subir un examen médical à la personne susmentionnée le

Year - Année Month - Mois Day - Jour

Medical Practitioner - Médecin

Date Y-A M D-J

Address - Adresse

Tel. No. (incl. area code)
N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)

**Public Works and Government
Services Canada
Superannuation, Pension
Transition and Client Services
Sector
P.O. Box 5010
Shediac, N.B.
E4P 9B4**

**Travaux publics et Services
gouvernementaux Canada
Secteur des Pensions de retraite,
Regroupement des pensions et
Services à la clientèle
C.P. 5010
Shediac (N.-B.)
E4P 9B4**



**EVIDENCE OF MEDICAL EXAMINATION
PREUVE D'EXAMEN MÉDICAL**

*Protected "B" when completed
Protégé « B » lorsque rempli*

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected to validate your election to count past service and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in not validating your election to count past service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Si vous refusez de répondre, votre option de rachat d'une période de service antérieure pourrait ne pas être validée. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. Ils sont protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés, conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Instructions

If you are required to undergo a medical examination to validate your election to count past service, you must do so within 90 days prior to or 6 months after the date of your election. This form should be completed and forwarded to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector to advise them that you have undergone a medical examination.

Si vous devez subir un examen médical pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure, vous devez le faire dans les 90 jours qui précèdent ou dans les 6 mois qui suivent la date de votre option. Ce formulaire doit être rempli et transmis au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle afin de l'informer que vous avez subi un examen médical.

Surname - Nom	Given Names - Prénoms	Superannuation No. N° de pension de retraite
---------------	-----------------------	---

Department or Agency - Ministère ou organisme	Tel. No. (incl. area code) N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)
---	---

Medical Practitioner - Médecin

Please forward the completed Occupational Health Assessment Report (HC/SC 3312E) or equivalent, to Workplace Health and Public Safety Program at the address indicated..

Veillez envoyer le Rapport d'évaluation de la santé au travail (HC/SC 3312F) ou un formulaire équivalent au Programme de Santé au Travail et de sécurité du public à l'adresse indiquée.

I, the undersigned medical practitioner, certify that I have medically examined the above-mentioned person on

Je soussigné, médecin, certifie que j'ai fait subir un examen médical à la personne susmentionnée le

Year - Année Month - Mois Day - Jour

Medical Practitioner - Médecin	Date Y-A M D-J
--------------------------------	-------------------

Address - Adresse	Tel. No. (incl. area code) N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)
-------------------	---



**EVIDENCE OF MEDICAL EXAMINATION
PREUVE D'EXAMEN MÉDICAL**

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected to validate your election to count past service and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in not validating your election to count past service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Si vous refusez de répondre, votre option de rachat d'une période de service antérieure pourrait ne pas être validée. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. Ils sont protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés, conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Instructions

If you are required to undergo a medical examination to validate your election to count past service, you must do so within 90 days prior to or 6 months after the date of your election. This form should be completed and forwarded to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector to advise them that you have undergone a medical examination.

Si vous devez subir un examen médical pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure, vous devez le faire dans les 90 jours qui précèdent ou dans les 6 mois qui suivent la date de votre option. Ce formulaire doit être rempli et transmis au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle afin de l'informer que vous avez subi un examen médical.

Surname - Nom	Given Names - Prénoms	Superannuation No. N° de pension de retraite
---------------	-----------------------	---

Department or Agency - Ministère ou organisme	Tel. No. (incl. area code) N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)
---	---

Medical Practitioner - Médecin

Please forward the completed Occupational Health Assessment Report (HC/SC 3312E) or equivalent, to Workplace Health and Public Safety Program at the address indicated.

Veillez envoyer le Rapport d'évaluation de la santé au travail (HC/SC 3312F) ou un formulaire équivalent au Programme de Santé au Travail et de sécurité du public à l'adresse indiquée.

I, the undersigned medical practitioner, certify that I have medically examined the above-mentioned person on

Je soussigné, médecin, certifie que j'ai fait subir un examen médical à la personne susmentionnée le

Year - Année Month - Mois Day - Jour

Medical Practitioner - Médecin	Date Y-A M D-J
--------------------------------	-------------------

Address - Adresse	Tel. No. (incl. area code) N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)
-------------------	---



EVIDENCE OF MEDICAL EXAMINATION PREUVE D'EXAMEN MÉDICAL

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected to validate your election to count past service and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in not validating your election to count past service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the Privacy Act. Under the Act you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the Privacy Act.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Si vous refusez de répondre, votre option de rachat d'une période de service antérieure pourrait ne pas être validée. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. Ils sont protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés, conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Instructions

If you are required to undergo a medical examination to validate your election to count past service, you must do so within 90 days prior to or 6 months after the date of your election. This form should be completed and forwarded to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector to advise them that you have undergone a medical examination.

Si vous devez subir un examen médical pour valider votre option de rachat d'une période de service antérieure, vous devez le faire dans les 90 jours qui précèdent ou dans les 6 mois qui suivent la date de votre option. Ce formulaire doit être rempli et transmis au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle afin de l'informer que vous avez subi un examen médical.

Surname - Nom

Given Names - Prénoms

Department or Agency - Ministère ou organisme

Tel. No. (incl. area code) N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)

Medical Practitioner - Médecin

Please forward the completed Occupational Health Assessment Report (HC/SC 3312E) or equivalent, to Workplace Health and Public Safety Program at the address indicated.

Veillez envoyer le Rapport d'évaluation de la santé au travail (HC/SC 3312F) ou un formulaire équivalent au Programme de Santé au Travail et de sécurité du public à l'adresse indiquée.

I, the undersigned medical practitioner, certify that I have medically examined the above-mentioned person on

Je soussigné, médecin, certifie que j'ai fait subir un examen médical à la personne susmentionnée le

Year - Année Month - Mois Day - Jour

Medical Practitioner - Médecin

Date Y-A M D-J

Address - Adresse

Tel. No. (incl. area code) N° de tél. (ainsi que l'indicatif régional)