

**CERTIFICATE OF FITNESS
FOR EMPLOYMENT AS A HOIST
OPERATOR AT AN UNDERGROUND MINE**

*(Underground Mine Regulation - Occupational Health
and Safety Act, s.239(4))*

Name of Person Examined _____

Address _____

Height _____ Weight _____ Employee Number _____

Signature of Employee _____

I certify that I, _____, a medical practitioner licensed in the Province of New Brunswick, have conducted a comprehensive medical examination of the above person. To the best of my knowledge and belief, the person named on this certificate is physically and mentally fit to discharge the duties of a hoist operator and is not subject to any infirmity of body or mind that may interfere with the duties of a hoist operator.

Date of Certificate

Signature of
Medical Practitioner

Note: This certificate is valid for one year from the date of the certificate.

**CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE
POUR REMPLIR LES FONCTIONS
D'OPÉRATEUR DE TREUIL DANS UNE MINE
SOUTERRAINE**

*(Règlement sur les mines souterraines - Loi sur
l'hygiène et la sécurité au travail, par. 239(4))*

Nom de la personne examinée _____

Adresse _____

Taille _____ Poids _____ Numéro du salarié _____

Signature du salarié _____

Je soussigné(e), _____, médecin titulaire de licence de la province du Nouveau-Brunswick, atteste que j'ai effectué un examen médical complet de la personne dont le nom figure plus haut. La personne nommée au présent certificat est, au meilleur de ce que je sais et crois, physiquement et mentalement apte à remplir les fonctions d'opérateur de treuil et n'est atteinte d'aucune infirmité physique ou mentale qui pourrait nuire à l'exécution de ses fonctions d'opérateur de treuil.

Date du certificat

Signature du médecin

Remarque : Le présent certificat est valide pour un an à compter de sa date d'émission.