

Au président ou au vice-président, Commission d'appel des pensions :

C.P. 8567, Succursale « T », Ottawa (Ontario) K1G 3H9

Adresse électronique : info@pab-cap.gc.ca / télécopieur : 1-877-666-8510

Tampon date

Je ne suis pas satisfait(e) de la décision rendue par le tribunal de révision et je demande l'autorisation d'interjeter appel.

Date à laquelle le tribunal de révision a rendu sa décision _____, 20 ____

Ville où la décision a été rendue _____

Date à laquelle vous avez reçu la décision _____, 20 ____

Votre nom, adresse et numéro téléphone

Nom du mandataire ou du représentant

Adresse complète – s'il y a lieu

Motifs d'appel : Indiquez clairement les motifs que vous comptez invoquer pour obtenir l'autorisation d'interjeter appel. En quoi êtes-vous en désaccord avec la décision du tribunal de révision? (Utilisez une autre page au besoin.)

Exposé des faits allégués : Exposez chacun des faits allégués, y compris les éléments de preuve que vous comptez présenter à l'appui de votre appel. (Utilisez une autre page au besoin.)

Fait à _____ le _____ jour de _____, 20 ____
(ville)

Signature de l'appelant / mandataire / représentant _____