SCFP
Syndicat canadien de la fonction publique FTQ

Section Locale 1821

Relevé de conditions dangereuses ou d'atteintes à la Santé

DATE : _____ LIEU DE TRAVAIL : _____ **DÉPARTEMENT :** _____

(UNE SEULE CONDITION DANGEREUSE PAR FORMULAIRE)

DESCRIPTION _____

REMIS À: _____ Date: _____
(supérieur immédiat)

PAR: _____ TÉMOIN: _____
(signature)

L'employeur a-t-il tenté de corriger le problème?

Comment? _____ Oui ❑

_____ Non ❑

_____

_____ Date: _____

La solution proposée par l'employeur élimine-t-elle le danger?

Oui ❑ Non ❑

Distribution des copies
1° supérieur immédiat
2° direction (employeur) ou bureau du personnel
3° délégué(e) ou travailleur(euse)
4° membre du comité syndical en santé sécurité du travail