

Section Locale _____

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