SCFP
Syndicat canadien de la fonction publique

FTQ

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 A: _____ 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	3° délégué(e) ou travailleur(euse)
	2° direction (employeur) ou bureau du personnel	4° membre du comité syndical en santé sécurité du travail