|  |
| --- |
| **PARTIE A : TRAVAILLEUR** |
| **Prénom, nom** |  | **Fonction** |  |
| **Service** |  |
| **DESCRIPTION DE LA DEMANDE** (voir au verso) | **Date de la demande** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Situation/condition dangereuse observée par le travailleur – Prendre une photo au besoin** |
| Explications |
| **Solution proposée** (suggestion pour corriger la situation) |
| Explications |
| **Signature** (travailleur) |  | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Agent de liaison/représentant en santé et sécurité avisé** | [ ]  Oui [ ]  Non | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |

|  |
| --- |
| **PARTIE B : RÉPONSE DU GESTIONNAIRE IMMÉDIAT** (responsable du suivi de la demande) |
| **Prénom, nom** |  | **Date** (aaaa-mm-jj)  |  |
| **Mesure immédiate appliquée** | **temporaire** | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Commentaires |
| **Mesure retenue** | **permanente** | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Commentaires |

|  |
| --- |
| **SUIVI, ÉVALUATION ET CONTRÔLE DE LA MESURE CORRECTIVE** |
| **Resp. mesure permanente** (prénom, nom)  |  | **Achevé** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Responsable du service avisé** |  [ ]  Oui [ ]  Non | **Date**(aaaa-mm-jj) |  |
| **Responsable du service** (prénom, nom) |  | **Date**(aaaa-mm-jj) |  |
| **Travailleur avisé** |  [ ]  Oui [ ]  Non | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Comité SST avisé** (au besoin) |  [ ]  Oui [ ]  Non | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |
| **Signature gestionnaire immédiat** |  | **Date** (aaaa-mm-jj) |  |