

Formulaire de déclaration de situation dangereuse « J'AGIS EN SST »

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Nom :		Prénom :	
N° d'employé :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Titre emploi :	
# tel. domicile :	# tel. portable :	Point de service visé :	

IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

Date la prise de connaissance de l'existence du danger : / / heure :	Date de la déclaration à l'employeur de l'existence du danger : / / heure :
Nom du représentant de l'employeur rencontré:	
Décrire la situation dangereuse ou à risque :	
Lieu :	Nom(s) :
Un événement accidentel est-il à l'origine de cette déclaration ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez indiquer la date de l'événement : / / heure :

MESURES CORRECTIVES

Veuillez préciser les mesures correctives (temporaires ou permanentes) mises de l'avant :

Veuillez préciser les mesures correctives suggérées :

J'atteste que, au meilleur de ma connaissance, les présentes informations sont véridiques.

Signature du travailleur (électronique)

Date

En cliquant sur le bouton soumettre, votre formulaire sera directement acheminé au service des ressources humaines à : mylene.gousse@cambi.ca. Votre formulaire sera ensuite transmis à votre superviseur et étudié en comité SST.

La problématique a été prise en charge : Oui Non
Réponse / Précisions de l'employeur :

Signature du représentant de l'employeur

Date