

Avant de compléter ce formulaire, vous devez informer votre supérieur immédiat de la condition déficiente. Et lui accorder un délai raisonnable pour corriger la situation.

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'école ou du service :

Nom du directeur (trice) :

DESCRIPTION

Définition d'une condition déficiente : *toute situation qui entraîne un risque pour la santé et la sécurité du personnel.*

CORRECTIFS SUGGÉRÉS

SIGNATURE

Nom : Titre :

Téléphone au travail :

Signature : Date :

J'atteste avoir pris connaissance du présent relevé :

Signature du supérieur immédiat : Date :

SUIVI DU SERVICE DES RESSOURCES MATÉRIELLES

Présenté au Comité de santé et sécurité le :

Personne contactée au Service des ressources matérielles : Date :

Commentaires

Dossier complété le : Signature :

Veuillez envoyer le formulaire complété à l'adresse suivante : sst.srm@cssda.gouv.qc.ca