Syndicat des employés d'entretien de l'Université de Montréal
Section locale 1186, S.C.F.P. - F.T.Q.

RELEVÉ DE CONDITIONS DANGEREUSES OU D'ATTEINTE À LA SANTÉ

_____	_____	_____
DATE	LIEU DE TRAVAIL	DÉPARTEMENT

DESCRIPTION :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

RISQUES :

_____
_____
_____
_____

Remis à :

_____ _____
Supérieur immédiat avec son titre Date

_____ _____
Par Témoin

L'Employeur a-t-il tenté de corriger le problème? Comment?

_____
_____
_____
_____

La solution proposée par l'Employeur élimine-t-elle le danger?

Oui ☐ Non ☐ _____
Date

C.c. : _____
_____
_____
_____