|  |  |
| --- | --- |
| NOM de la collectivité |  |
| Adresse de la collectivité |  |
| Nom de l’élu référent en Santé Sécurité au Travail |  |
| Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier |  |
| Nom de l’assistant de prévention (AP) ou du conseiller de prévention (CP) |  |
| Motif de la saisine | [ ]  Document Unique ou Mise à jour du Document unique[ ]  Document, Règlement, Consignes[ ]  Construction et réhabilitation de locaux[ ]  Règlement intérieur[ ]  Dérogation des travaux réglementés[ ]  Assistant de prévention / Conseiller de prévention[ ]  Observations du registre Santé Sécurité au Travail[ ]  Refus d’aménagement de poste[ ]  Accidents de travail / Maladies professionnelles |
| Suites données aux observations du CT en formation CHSCT |  |
| Document(s) joint(s) | [ ]  Documents justifiants les suites données aux observations |

A .................................................., le ...............................

Nom du signataire / Signature / Cachet

**Merci d’envoyer ce document rempli, au format pdf, par mail à :**

instances-paritaires@cdg86.fr