

Administration / Collectivité locale / Établissement public local – Établissement ou Service :

Timbre du CHSCT :

Date : --/--/--
Heure du signalement :

Bureau ou atelier concerné

300553

Nom de la ou des personne(s) exposée(s)

Poste(s) de travail concerné(s)

Descriptions du danger grave et imminent encouru et de la défaillance constatée (indiquer depuis quand)

Mesures prises par l'autorité administrative ou son représentant

Nom et signature de l'agent

Nom et signature du membre du CHSCT (1) :

Nom et signature de l'autorité administrative ou de son représentant :

(1) le cas échéant.