

## DEMANDE DE MESURES

### L'ENTREPRISE

#### RÉFÉRENCES DU SIEGE

N°SIRET :

Raison sociale :

Nom du Directeur :

Effectif de l'entreprise :

Adresse :

Code postal :

Activité :

Service de santé au travail :  AIMTM  SIST  2MT

Nom du médecin du travail :

#### PERSONNE A CONTACTER

Nom :

Fonction :

Courriel :

Téléphone fixe :

Mobile :

### LA DEMANDE

Adresse de l'intervention si différente du siège :

#### Origine de la demande

- Entreprise
- Médecin du travail
- CHSCT/DP
- Salarié
- Service Prévention CGSS
- Inspecteur du travail
- Autre(s) :

#### Nature de la demande

##### Nuisances physiques :

- Bruit
- Éclairage
- Vibrations
- Ventilation
- Ambiances thermiques (chaleur ou froid)
- Rayonnements ionisants
- Rayonnements non-ionisants

##### Nuisances chimiques :

- Poussières
- Gaz
- Solvants
- Fumées de soudage
- Fumées de particules
- Polluants

##### Risques biologiques

Autre(s) :

#### But de la demande

- Évaluation des risques
- Contrôle de l'efficacité d'une mesure de prévention
- Autre(s) :

### DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE LA DEMANDE

Atelier, urgence, postes concernés...

-  
-  
-

Visa du demandeur

Date