

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 : AISTM 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	<input type="checkbox"/> Entreprise	Nature de la demande	Nuisances physiques :	But de la demande	<input type="checkbox"/> Évaluation des risques
	<input type="checkbox"/> Médecin du travail		<input type="checkbox"/> Bruit		<input type="checkbox"/> Contrôle de l'efficacité d'une mesure de prévention
	<input type="checkbox"/> CHSCT/DP		<input type="checkbox"/> Éclairage		<input type="checkbox"/> Autre(s) :
	<input type="checkbox"/> Salarié		<input type="checkbox"/> Vibrations		
	<input type="checkbox"/> Service Prévention CGSS		<input type="checkbox"/> Ventilation		
	<input type="checkbox"/> Inspecteur du travail		<input type="checkbox"/> Ambiances thermiques (chaleur ou froid)		
	<input type="checkbox"/> Autre(s) :		<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants		
	<input type="checkbox"/> Rayonnements non-ionisants				
	Nuisances chimiques :				
	<input type="checkbox"/> Poussières				
	<input type="checkbox"/> Gaz				
	<input type="checkbox"/> Solvants				
	<input type="checkbox"/> Fumées de soudage				
	<input type="checkbox"/> Fumées de particules				
	<input type="checkbox"/> Polluants				
	<input type="checkbox"/> Risques biologiques				
	<input type="checkbox"/> Autre(s) :				

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE LA DEMANDE

Atelier, urgence, postes concernés...

-
-
-

Visa du demandeur

Date