

DEMANDE DE MESURES

L'ENTREPRISE

REFERENCES DU SIEGE

N° SIRET :
Raison sociale :
Nom, Prénom du Directeur :
Effectif de l'entreprise :
Adresse
.....Code postal :
Activité :

PERSONNE A CONTACTER

Nom Prénom :
Fonction :
E-mail :
Tél. fixe :
Tél.Mobile :

SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL

AISTM SIST 972 2MT
Nom du médecin du travail :

LA DEMANDE

Origine de la demande

- Entreprise
- Salarié
- CSE/CSSCT/IRP
- Médecin du travail
- Service Prévention CGSS
- Inspecteur du travail
- Autre(s) :

But de la demande

- Evaluation des risques
- Contrôle de l'efficacité d'une mesure de prévention
- Conseils, expertise
- Autre(s) :

Nature de la demande

NUISANCES PHYSIQUES :

- Bruit
- Eclairage
Si éblouissement : Oui
 Non
- Vibrations :
 - Mains/bras
 - Corps entier
- Ventilation
- Ambiances thermiques
 - Chaleur
 - Froid
- Rayonnements ionisants
- Rayonnements non-ionisants
- Glissance des sols

NUISANCES CHIMIQUES :

- Poussières * :
- Gaz * :
- Solvants * :
- Fumées de soudage * :
- Fumées de particules * :
- Autres polluants * :

* : Préciser la nature du/des polluants.

Transmettre les FDS des produits concernés.

RISQUES BIOLOGIQUES :

Précisez :

AUTRE(S) :

DESCRIPTION DETAILLEE DE LA DEMANDE

Adresse de l'intervention, si différente du siège :

Ateliers, postes concernés / Nombre de salariés exposés :

.....

Visa du demandeur

Date