

### Adressez votre demande au :

## Département Prévention Risques Professionnels et Promotion de la Santé Publique

## Zone d'Activité du Manhity – 97232 LE LAMENTIN

Tél.: 0596 66 53 35 - 0596 66 76 19 E-mail: prevention972@cgss-martinique.fr

# **DEMANDE DE MESURES**

#### L'ENTREPRISE

N° SIRET :				PERSONNE A CONTACTER  Nom Prénom:  Fonction:  E-mail:  Tél. fixe:  Tél.Mobile:  SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL  AISTM SIST 972 DE MATE AU TRAVAIL  Nom du médecin du travail:		
	Origine de la demande		Natu	Nature de la demande		
	□ Entreprise		NUISANCES PHYSIQUES :		NUISANCES CHIM	IQUES :
	□ Salarié		□ Bruit		o Poussières * :	
	□ CSE/CSSCT/IRP		□ Eclairage			
	□ Médecin du travail		Si éblouissement : 0 Oui			
	☐ Service Prévention CGSS		○ No □ Vibrations :	O Non ations :		
	□ Inspecteur du travail		o Mains/bras	O Fumées de soudage * :		
	□ Autre(s):		o Corps entier	entilation		
	But de la demande		<ul><li>□ Ventilation</li><li>□ Ambiances thermiques</li></ul>			cules * :
	☐ Evaluation des risques		<ul><li>Chaleur</li><li>Froid</li></ul>		O Autres polluants * :	
	□ Contrôle de l'efficacité				* : Préciser la nature	
	d'une mesure de		☐ Rayonnements ionisant	ts ionisants		des produits concernés.
	prévention  ☐ Conseils, expertise		☐ Rayonnements non- ionisants		RISQUES BIOLOGI Précisez :	QUES:
	□ Autre(s) :		☐ Glissance des sols		AUTRE(S) :	
	ESCRIPTION DETAILLEE D					
At	eliers, postes concernés / Non	nbre	de salariés exposés :			
Visa du demandeur Date						Date