

# REGISTRE SANTE SECURITE AU TRAVAIL

Structure		Référence (à remplir par l'AP)	
-----------	--	--------------------------------	--

## 1. OBSERVATION

Date	heure	Téléphone	Courriel
Nom Prénom	Fonction		

Indiquer toutes observations et/ou suggestions relatives à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.  
Préciser si possible : postes de travail concernés, nature du danger potentiel ou présent, causes probables, personnes exposées, mesures prises...

TRANSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE à vos assistants de prévention.

## 2. AVIS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS DE L'ASSISTANT DE PREVENTION

Date	Nom Prénom
------	------------

Précisions sur  
le risque et  
propositions  
d'actions le cas  
échéant

TRANSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE au directeur de la structure

Saisie dans l'application AIE (unités CNRS)



## 3. DIRECTEUR DE STRUCTURE

OBSERVATION / VISA	Date
	Nom / signature

<u>Directeur de structure</u>	TRANSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE Au service compétent, le cas échéant	Service compétent
-------------------------------	--	----------------------

<u>Assistants de prévention</u>	TRANSMETTRE PAR MAIL LE FORMULAIRE Aux Établissements de tutelle : <a href="mailto:rsst.unistra.cnrs.inserm@services.cnrs.fr">rsst.unistra.cnrs.inserm@services.cnrs.fr</a> et à la personne qui a indiqué l'observation
---------------------------------	---



IMPRIMER LE FORMULAIRE - LE SIGNER - L'INTEGRER AU REGISTRE PAPIER

## 4. SUIVI DE L'OBSERVATION

Description des actions mises en place (le cas échéant)	Date
	Nom et signature

## 5. EXAMEN PUIS OBSERVATIONS DE LA CLHSCT

CLHSCT	Date
--------	------

Résumé des discussions,  
avis et proposition de  
l'instance