

## Formulaire de déclaration d'une situation à risque ou potentiellement dangereuse

Refus de s'identifier

### Identification du déclarant (facultatif)<sup>1</sup>

Prénom, Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de matricule : \_\_\_\_\_  
Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Département, unité ou service : \_\_\_\_\_

### Déclaration d'une situation à risque

Date du constat : \_\_\_\_\_  
Lieu exact de la situation dangereuse : \_\_\_\_\_  
Description de la situation dangereuse : \_\_\_\_\_  
  
Mesures correctives suggérées : \_\_\_\_\_  
  
Signature du déclarant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Mesures correctives et préventives

Une solution a été trouvée localement :  Oui Le supérieur immédiat garde une copie et en remet une au déclarant.  
 Non Si une solution n'a pas pu être trouvée localement, transmettre ce formulaire  
au Service de la prévention et du mieux-être au travail par courriel à l'adresse  
[sst.ensemblepourlaprevention.cissslan@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sst.ensemblepourlaprevention.cissslan@ssss.gouv.qc.ca).  
Nom du supérieur immédiat en lettres moulées : \_\_\_\_\_  
Signature du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Commentaires et/ou recommandations du préventionniste ou du CPSSST

Signature du préventionniste : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Des copies seront transmises à toutes les parties concernées : déclarant, supérieur immédiat et syndicat concerné.

<sup>1</sup> En demandant l'identification du déclarant, nous souhaitons obtenir sa collaboration quant à la recherche de solutions.