FICHE DE SIGNALEMENT **SUSPICION DE MAL-ÊTRE AU TRAVAIL**

❶

CONFIDENTIEL

À TRANSMETTRE SOUS ENVELOPPE AU MEDECIN DE PREVENTION
AVEC LA MENTION « **PERSONNEL ET CONFIDENTIEL** »

A l’adresse suivante : **Médecin de prévention - Présidence**

Je soussigné,

|  |
| --- |
| **DÉCLARANT** |
| **NOM** |  | **PRÉNOM** |  |
| **STRUCTURE**[[1]](#footnote-1) |  | **N°** **TÉLÉPHONE** |  |
|  |  |  |  |
| **QUALITE** | [ ]  Agent en situation | [ ]  Collègue témoin | [ ]  Représentant du personnel |

[ ]  Considère être en situation de souffrance liée au travail

OU

[ ]  Informe que M. / Mme

semble être en situation de souffrance liée au travail

|  |
| --- |
| **AGENT** **CONCERNÉ** |
| **NOM** |  | **PRÉNOM** |  |
| **STRUCTURE** |  | **N°** **TÉLÉPHONE** |  |

|  |
| --- |
| Je signale cette situation auprès du médecin de prévention. L’agent concerné sera contacté par le médecin de prévention.  |
| **SIGNATURE DU DÉCLARANT** |  |
| **DATE** |  | [ ]  *L’agent concerné ne souhaite pas signer la fiche de signalement*[ ]  *Le déclarant n’a pas contacté l’agent concerné* |

|  |
| --- |
| **OBSERVATION DU DÉCLARANT** |
|   |

***Vous avez la possibilité de vous faire accompagner dans la démarche par un représentant du personnel***

*Fiche à transmettre par le médecin de prévention à la directrice des ressources humaines, sous pli confidentiel.*

1. *Composante, laboratoire, service* [↑](#footnote-ref-1)