

REGISTRE DES DANGERS GRAVES ET IMMINENTS

Collectivité de VENDAYS-MONTALIVET

.....
.....
.....

Représenté(e) par :

.....
.....

Adresse :11 Rue de la Mairie 33930 VENDAYS-MONTALIVET

.....
.....

Téléphone :

05.56.73.32.02.....

.....

Fax:05.56.73.32.03.

Email : . Adresse courriel d'envoi à définir

.....
.....

Assistant(s) / Conseiller(s) de Prévention :

Nom/Prénom :

.....
.....

Service :

.....
.....

Assistant de Prévention ou Conseiller de Prévention

Nom/Prénom :

.....

Service :

.....
.....

Assistant de Prévention ou Conseiller de Prévention

Nom/Prénom :

.....

Service :

.....

.....

Assistant de Prévention ou Conseiller de Prévention

Nom/Prénom :

.....

Service :

.....

.....

Assistant de Prévention ou Conseiller de Prévention

Nom/Prénom :

.....

Service :

.....

.....

Assistant de Prévention ou Conseiller de Prévention

Agent Chargé de la Fonction d'Inspection (ACFI) :

Nom/Prénom :

.....

.....

En interne CDG 33

Coordonnées CHSCT du CDG 33 :

Personne à contacter : Tél. **A définir en fonction du groupe de travail.**



Constat d'un danger grave et imminent

Collectivité de VENDAYS-MONTALIVET

Service concerné :

Poste de travail concerné :

Description du danger grave et imminent :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date : Heure :

.....

Agent(s) exposé(s) :

Nom/Prénom :

.....

Fonction :

.....

Date/heure :

.....

.....

Nom/Prénom :

.....

Fonction :

.....

Date/heure :

.....

.....

Nom/Prénom :

.....

Fonction :

.....

Date/heure :

.....

Membre du CT/CHSCT signalant le DANGER :

Nom/Prénom :

.....

Fonction :

.....

Date/heure :

.....

.....

MESURES PRISES PAR L'AUTORITE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Signature (s)

--	--	--

Registre des dangers graves et imminents

SUITES DONNEES

Mesure(s) prise(s) pour faire cesser le danger :

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

Personne chargée du suivi :

Nom/Prénom :

Fonction/Grade :

Date de finalisation :

DATE DE LA FIN DE PROCEDURE :

Transmission immédiate au CT/CHSCT