

CONFIDENTIEL

SIGNALEMENT D'UNE SUSPICION DE SOUFFRANCE AU TRAVAIL

A TRANSMETTRE SOUS PLI FERMÉ AU MÉDECIN DE PRÉVENTION
AVEC LA MENTION « **PERSONNEL ET CONFIDENTIEL** »

Adresse: Médecin de prévention des personnels – Bâtiment Kerjulaude – Rue Roland Garros – 56100 LORIENT

Je soussigné,

DECLARANT	NOM :	<input type="text"/>	PRENOM :	<input type="text"/>
UNITE DE TRAVAIL		<input type="text"/>	N° Téléphone direct :	<input type="text"/>

OU

Considère être VICTIME de la situation décrite ci-dessous

Suis TEMOIN de la situation de M. Mme :

AGENT CONCERNE	NOM :	<input type="text"/>	PRENOM :	<input type="text"/>
UNITE DE TRAVAIL		<input type="text"/>	N° Téléphone direct :	<input type="text"/>

Description de la situation à risques psychosociaux

(nature des faits, date ou périodes, ...)

Signale cette situation auprès du médecin de prévention.

L'agent concerné est informé de ce signalement.

DATE

SIGNATURE