

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVALUATION ERGONOMIQUE

NOM : _____ PRÉNOM : _____

SERVICE : _____ LOCAL : _____

FONCTION : _____ TÉLÉPHONE : _____

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE ANALYSE ERGONOMIQUE DE VOTRE POSTE DE TRAVAIL ?

OUI

NON

SI OUI, COCHEZ :

CHANGEMENT DE POSTE

CERTIFICAT MÉDICAL

AUTRE : _____

EXPLIQUEZ LE BESOIN DE L'ANALYSE DU POSTE DE TRAVAIL :

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) : _____

SIGNATURE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : _____

DATE : _____