Services des ressources humaines

**DÉCLARATION D’ACCIDENT ET D’INCIDENT AU TRAVAIL**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’EMPLOYÉ ET DE L’ÉTABLISSEMENT** |
| Nom : Prénom : |
| Titre d’emploi : Établissement : |
| **DÉCLARATION DES FAITS** |
| Date de l’événement: Heure de l’événement: |
| À qui avez-vous déclaré l’événement (nom et fonction) : |
| Quand l’avez-vous déclaré : |
| Préciser le lieu de l’événement : |

|  |
| --- |
| **COMMENT L’ÉVÉNEMENT EST-IL SURVENU (***BRÈVE DESCRIPTION DES FAITS***)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Témoin lors de l’événement : Non :  Oui :  Nom et fonction : |
| Premiers soins reçus : Non :  Oui :  Si oui, lesquels : |
|  |
| **Signature de l’employé(e)Date** |

|  |
| --- |
| **Note à l’employé(e)**  1. Signer et dater votre déclaration et la remettre au secrétariat. Veuillez noter que votre déclaration sera conservée dans le registre officiel de votre établissement.    o *Si l’événement nécessite une consultation médicale ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec les Services des ressources humaines par courriel à l’adresse confidentielle :* ***rhsante@csvt.qc.ca***    **Note à l’établissement et/ou secrétariat**   1. Acheminer la déclaration aux Services des ressources humaines en utilisant l’adresse courriel confidentielle :   rhsante@csvt.qc.ca   1. Faire une copie de la déclaration lorsque l’employé(e) en fait la demande. |

