

Nom du syndicat

Numéro de l'avis

# AVIS À L'EMPLOYEUR

sur les problèmes de santé-sécurité ou les conditions dangereuses

Département

Date

Lieu

Heure

## Description du problème de santé-sécurité ou des conditions dangereuses


Signature de la représentante ou du représentant syndical

Téléphone

### Remis à l'employeur

Nom de la représentante ou du représentant de l'employeur

Titre

Téléphone

### Réponse de l'employeur


Signature de la représentante ou du représentant de l'employeur

Titre

Date



Copie blanche à l'employeur  
Copie jaune à la travailleuse ou au travailleur  
Copie rose au syndicat

Formation CSN 1992