



(SUIVI SUR UN) DROIT DE REFUS (SELON ART. 12 LSST)

DATE: _____ HEURE: _____ SERVICE : _____

NOM DU TRAVAILLEUR (-EUSE) : _____
(SI PLUS D'UNE PERSONNE, UTILISER LE VERSO OU UNE AUTRE FEUILLE)

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : _____

REPRÉSENTANT (-TANTE) À LA PRÉVENTION HEURE DE L'APPEL

MOTIF DU DROIT DE REFUS JUSTIFIÉ : Oui [] Non []

ACTIONS MISES EN PLACE :

INTERVENTION DE L'INSPECTEUR : Oui [] Non []

CONVOQUÉ PAR : _____ HEURE: _____

COMMENTAIRES:

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CNESST 24/7 : 1-844-838-0808