

Formulaire de demande d’essai d’ajustement
(Fit-test)

Zones tiède et chaude

DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Titre d’emploi :

Coordonnées :Poste :Cell. :

Service/Unité de soins :

Installation :

Nom, Prénom	Matricule	Titre d’emploi	Nom, Prénom	Matricule	Titre d’emploi

**Si toutefois, vous n’avez pas suffisamment de lignes ci-dessus, vous pouvez nous joindre un fichier Excel avec les coordonnées de vos employés : nom, prénom, matricule et titre d'emploi.

RAISON(S) DE LA DEMANDE

SECTION RÉSERVÉE - SPSST

Autorisée	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Autorisée avec modification(s)	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Refusée	Date : _____	Réponse envoyée	Date : _____
Raison(s) : _____			

S.V.P., veuillez retourner le formulaire à :
fit.test.ciassca@ssss.gouv.qc.ca

¹ Pour connaître les plages horaires disponibles hebdomadairement, voir la section COVID-19 | Communication au personnel, aux gestionnaires et aux médecins | Ressources humaines | Santé et sécurité au travail | Horaire des essais d’ajustement (fit-test).