**FORMULAIRE DE DEMANDE D’ÉVALUATION ERGONOMIQUE**

Pour demander une évaluation ergonomique, vous devez fournir les renseignements ci-dessous. Si vous travaillez au quartier général, soumettez ce formulaire rempli à votre directeur aux fins d’approbation. Si vous travaillez ailleurs, vous devez le soumettre au représentant supérieur local de l’employeur (RSLE) de votre division aux fins d’approbation.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **À remplir par l’employé** | | | | | | | | | |
| Nom de l’employé |  | | | | Numéro d’employé | | |  | |
| Adresse de courriel |  | | | | Numéro de téléphone | | |  | |
| Titre de poste |  | | | | Division | |  | | |
| Depuis combien de temps occupez-vous ce poste? | | (en années) | | | Première langue officielle | | | | F  A |
| Avez-vous consulté le guide ergonomique? | | O  N | | | Langue de correspondance | | | | F  A |
| Brève description de la douleur (*aucune information médicale détaillée*) | | | | | | | | | |
| La douleur découle-t-elle d’une blessure liée au travail?  O  N | | | | Dans l’affirmative, veuillez fournir la date : | | | | | |
| Dans l’affirmative, nombre de jours de travail passés à exécuter des travaux légers en raison de cette blessure | | | | | | | | | |
| Dans l’affirmative, nombre de jours de travail perdus en raison de cette blessure? | | | | | | | | | |
| Croyez-vous que votre état nécessite une évaluation urgente?  O  N | | | | | | Avez-vous un certificat médical?  O  N | | | |
| Nom du surveillant : | | Avez-vous informé votre surveillant de la situation?  O  N | | | | | | | |
| **Je comprends que lorsque mon rendez-vous avec un consultant en ergonomie aura été pris, il m’incombe de donner un préavis d’au moins 24 heures au consultant et, par courriel, à mon bureau des ressources humaines si je dois le reporter.** **Je comprends de plus que si je ne me présente pas au rendez-vous ou que je ne donne pas un préavis de 24 heures, des frais pourraient être inutilement exigés de l’employeur.** | | | | | | | | | |
| Signature de l’employé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **Lorsque votre demande aura été approuvée, le fournisseur de services communiquera avec vous dans les trois semaines suivant la présentation de votre demande pour fixer un rendez-vous.** **S’il ne vous contacte pas dans ce délai, veuillez vous informer de la situation auprès de votre bureau des RH.** **De même, si vous ne recevez pas de copie électronique de votre rapport ergonomique dans les quatre semaines de la visite du consultant, veuillez entrer en contact avec votre bureau des RH.** | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **À remplir par l’autorité approbatrice**  Si vous travaillez au quartier général, soumettez ce formulaire rempli à votre directeur aux fins d’approbation. Si vous travaillez ailleurs, vous devez le soumettre au représentant supérieur local de l’employeur (RSLE) de votre division. | | | |
| **Veuillez noter que les frais, les évaluations et l’équipement doivent tous être payés par votre division.** **Votre bureau des RH sera en mesure de vous fournir la facture ainsi que le rapport du consultant pour suite à donner.** **Il vous incombe de prendre les mesures requises rapidement.** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom du directeur (s’il est au QG) **ou** nom du RSLE (autre lieu de travail) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du directeur ou du RSLE | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No de GL | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **À remplir par le bureau local des RH** | | |
| Nom du consultant en ergonomie |  | |
| Confirmation du rendez-vous | Date : | Heure approximative : |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date où les RH ont reçu le rapport d’évaluation ergonomique | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date où le surveillant a reçu le rapport d’évaluation ergonomique | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date où l’employé a reçu le rapport d’évaluation ergonomique |
| 1. Classer le formulaire rempli dans le dossier personnel de l’employé 2. Envoyer la facture du consultant en ergonomie à l’autorité approbatrice mentionnée ci-dessus aux fins de paiement. | | |