

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION – COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ



Alliance de la Fonction publique du Canada
Public Service Alliance of Canada

COMITÉ LOCAL DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

ÉLÉMENT : _____

SECTION LOCALE : _____

EMPLOYEUR : _____

LIEU DE TRAVAIL : _____

NOM DES MEMBRES DU COMITÉ (REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS DES EMPLOYÉS)

Coprésidence des employés : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____