

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DES REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS



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

COMITÉ D'ORIENTATION EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

EMPLOYEUR : _____

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

Coprésidence pour les employés : _____

Élément : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Élément : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Élément : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Élément : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Élément : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____

Membre du Comité : _____

Élément : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____

Numéro de télécopieur : (_____) _____

Adresse électronique : _____