



Questions relatives au dépôt de plainte contre X par la Fédération et ses Unions :

Outre le présent questionnaire, il conviendrait d'y joindre tout élément justificatif comme les plannings de travail, les échanges avec le supérieur hiérarchique, les dates de test de dépistage, les dates de réception du matériel, ou tout élément justificatif.

NOM ET PRENOM DE

L'AGENT :

ADRESSE PERSONNELLE DE L'AGENT :

.....

TÉLÉPHONE DE L'AGENT (à usage strictement utilisable par la Fédération ou l'Avocat de la Fédération)

.....

NATURE DE L'EMPLOYEUR (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE) :

Hospitalier Public :

Hospitalier Privé :

Collectivités locales :

EPCI et assimilés :

EHPAD Territorial :

EHPAD Hospitalier :

EHPAD Privé :

Autres :

FONCTION DE L'AGENT OU DU SALARIÉ (décrire poste et fonctions) :

.....

.....

.....

MATÉRIEL DE PROTECTION :

Masques FFP2 O/N

Date de 1^{ère} remise

Nbre suffisant O/N

Masques chir O/N

Date de 1^{ère} remise

Nbre suffisant O/N

Lunettes O/N

Date de 1^{ère} remise

Nbre suffisant O/N

Gel Hydro O/N

Date de 1^{ère} remise

Nbre suffisant O/N

Surblouses O/N

Date de 1^{ère} remise

Nbre suffisant O/N

Gants O/N

Date de 1^{ère} remise

Nbre suffisant O/N

Test réalisés : Oui

Non

Autres mesures mises en place, leur efficacité, leurs limites :

.....
.....

MESURES PREVENTIVES :

Avez-vous été formé à ce genre de risque ? oui non

Avez-vous reçu une information suffisante sur les mesures de sécurité à respecter ? oui non

Nettoyage des locaux, entretiens des sols, élimination des déchets produits ? oui non

Affichage de toutes les précautions à prendre (se laver les mains régulièrement, se signaler en cas de suspicion ou de retour d'une zone à risque) ? oui non

Existence d'une information des risques identifiés par des mails internes ? oui non

AVEZ-VOUS ETE DÉPISTÉ? (FACULTATIF):

O/N

SI OUI, A QUELLE DATE :

.....

Résultat (positif / négatif) :

.....

UN CAS DE DÉPISTAGE POSITIF AU CORONAVIRUS EST-IL PRÉSENT ?

Au sein de votre lieu de travail :

O/N

Dans le service où vous travaillez :

O/N

Dans votre entourage familial :

O/N

COMMENTAIRES

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de retourner ce formulaire complété à l'adresse mail suivante :

plaintefosps@gmail.com