

DEMANDE D'AUTORISATION POUR TRAVAILLER EN SITUATION D'ISOLEMENT

ANALYSE DES CONDITIONS DE TRAVAIL

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : Prénom : Qualité du demandeur : <input type="checkbox"/> Statutaire <input type="checkbox"/> Etudiant / Thésard <input type="checkbox"/> Autre, à préciser.....	Nom du responsable d'équipe : Pour les étudiants, nom de l'encadrant :
---	---

CONDITIONS D'ISOLEMENT

- Heures ouvrables
- Hors horaires d'ouverture / jours fériés
- Missions
- Hors site

LOCALISATION DU POSTE DE TRAVAIL

- Bureau n°
- Pièce, labo n°
- autre (à préciser) :

S'agit-il d'un travail occasionnel : oui non

Si oui, Date : Plage horaire :	Si non, Période d'intervention : du/...../..... au/...../..... Dates d'intervention: Plage horaire :
--------------------------------------	---

MOYENS DE COMMUNICATION EXISTANTS VERS L'EXTERIEUR

Téléphone <input type="checkbox"/> Oui - n° de poste : <input type="checkbox"/> Non	Autres :
--	----------------

TRAVAIL A EFFECTUER

- Entretien
- Démarrage d'expérimentation - Justification :
- Suivi expérimentation
- Travail de bureau
- Autres :

RISQUES SPECIFIQUES LIES À DES SUBSTANCES ET INSTALLATIONS DANGEREUSES OUI NON

SI OUI, NATURE DES RISQUES IDENTIFIES ET MOYENS DE PREVENTION MIS EN ŒUVRE

NATURE DES RISQUES	PRODUITS ET EQUIPEMENTS UTILISES	DANGER (inflammable, toxique, pathogène ...)	ZONE A ACCES RESTREINT (zone surveillée, animalerie ...)	MOYENS DE PREVENTION EXISTANTS (dispositifs de sécurité, alarmes techniques..)
<input type="checkbox"/> Biologique				
<input type="checkbox"/> Chimique				
<input type="checkbox"/> Rayonnements non ionisants (<i>lasers, champs magnétiques</i>)				
<input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants (<i>R.X., sources radioactives</i>)				
<input type="checkbox"/> Electrique				
<input type="checkbox"/> Mécanique				
<input type="checkbox"/> Autres (<i>noyade,, travail en hauteur, agressions...</i>)				

