**FICHE SANTE-SECURITE AU POSTE**

|  |
| --- |
| **Identité de l’agent** |
| Nom :Prénom :Formation (s) :  |
| **Service** |
| Secteur d’activité :Direction :Nombre de collègue :Formations spécifiques : |
| **Missions** |
| **-****-****-****-****-****-** |
| **Liens hiérarchique et fonctionnels du poste** |
| Responsable hiérarchique direct :Partenaires internes et externes : |
| **Modalités d’exercice du poste** |
| Temps de travail :Horaires : |
| **Lieux d’exercice /Locaux** |
|  |
| **ACTIVITE AU POSTE DE TRAVAIL** |
| **ACTIVITE** | **RISQUES / Mesures spécifiques** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Modalités matériels du poste** |
|  |