**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** | | |
|  | | |