



RAPPORTS D'ENQUÊTE DU MILIEU DE TRAVAIL LORS D'UN REFUS DE TRAVAIL

RAPPORT D'ENQUÊTE DE L'EMPLOYEUR SUR LE REFUS

IDENTIFICATION DES PARTIES	
1. Employeur	
Nom légal de l'entreprise (ou du Ministère) :	
Adresse au travail :	Téléphone au travail :
2. Enquêteur de l'employeur	
Nom :	Titre :
Adresse au travail :	Téléphone au travail :
Adresse courriel :	
3. Employé à l'origine du refus	
Nom :	Titre :
Adresse au travail :	Téléphone au travail :
Adresse courriel :	
<input type="checkbox"/> Cocher la case si l'employé est également la personne désignée de plusieurs employés refusant de travailler, et joindre une liste des coordonnées de tous les employés visés.	
DESCRIPTION DU REFUS ET ENQUÊTE DE L'EMPLOYEUR	
4. Endroit du refus :	
5. Exposé du refus de travailler de l'employé : (rapport lab1069) lien vers : http://www.esdc.gc.ca/cgi-bin/search/eforms/index.cgi?app=prfi&frm=lab1069&in=fra	
6. Événements ayant amenés au refus :	
7. Date et heure auxquelles le refus a été signalé à l'employeur :	
Date : _____	Heure : _____
8. Description de l'enquête, facteurs examinés et raisons de la décision :	
9. Décision de l'employeur :	
<input type="checkbox"/> Absence de danger (décrire les actions prises) :	
<input type="checkbox"/> Danger (décrire les actions prises) :	
<input type="checkbox"/> Refus non permis en vertu du paragraphe 128.(2) du code (expliquer) :	
10. Commentaires de l'employé à la décision de l'employeur :	
L'employé satisfait retourne au travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (enquête du comité ou représentant requise)	
_____	_____
Enquêteur de l'employeur	Date
	Heure

RAPPORT D'ENQUÊTE DU COMITÉ LOCAL OU DU REPRÉSENTANT

IDENTIFICATION DES ENQUÊTEURS

11. L'enquête est menée par :

Membre employé du comité local ou Représentant en matière de santé et sécurité

Nom : _____ Téléphone au travail : _____

Courriel : _____

et

Membre employeur du comité local ou Personne désignée par l'employeur

Nom* : _____ Téléphone au travail : _____

Courriel : _____

***Pour permettre une enquête impartiale, la personne ne devrait pas être la même que dans la section 2.**

DESCRIPTION DU REFUS ET ENQUÊTE DU COMITÉ OU REPRÉSENTANT SANTÉ ET SÉCURITÉ

12. Date et heure auxquelles le refus a été signalé au comité local ou au représentant en matière de santé et sécurité :

Date : _____ Heure : _____

13. Description de l'enquête, facteurs examinés et raisons de la décision :

14. Décision du comité local ou du représentant :

Pas de consensus (décrire les points désaccords : _____)

Absence de danger : _____

Danger : _____

Danger, mais refus interdit en vertu du paragraphe 128.(2) du Code : _____

Confirme la décision de l'employeur : Oui Non

Recommandations faites à l'employeur : Oui (décrire ci-dessous) Non

15. Date et remise du rapport à l'employeur :

Membre employé du comité local (employé) ou Représentant en matière de santé et sécurité

_____ Date : _____ Heure : _____

Membre du comité local (employeur) ou Personne désignée par l'employeur

_____ Date : _____ Heure : _____

RAPPORT D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE DE L'EMPLOYEUR

16. Renseignements complémentaires fournis par l'employeur

Oui, fournis le : _____ Date : _____ Heure : _____
(décrire ci-dessous)

Non

17. Mesures correctives mises en oeuvre par l'employeur en réponse au rapport sur l'enquête du Comité local ou du représentant

Oui, fournis le : _____ Date : _____ Heure : _____
(décrire ci-dessous)

Non

18. Rapport sur l'enquête du Comité local ou du représentant modifié à la lumière des renseignements ou des mesures décrits ci-dessus par l'employeur

Non/Applicable (aucune information complémentaire ou actions prises)

Non

Oui, fournis le : _____ Date : _____ Heure : _____
(décrire ci-dessous)