Comité Social Territorial

# Demande d’avis «Mise à jour DOCUMENT UNIQUE - Plan d’action »

Commune/Etablissement :………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’agents** | Titulaires ⇨ | Contractuels ⇨ | Stagiaires ⇨ | Droit privé ⇨ |

Assistant de prévention : 🞎 OUI 🞎 NON

Nom de l’assistant de prévention : …………………………………………………………………………………………………………………

Elu référent santé et sécurité : 🞎 OUI 🞎 NON

Date de mise en place du document unique :

Date de dernière mise à jour du document unique :

Description des modifications apportées - Description de l’organisation du suivi de plan d’action

|  |
| --- |
|  |

Descriptions des difficultés rencontrées pour le suivi et la mise en œuvre du plan d’action précédent

|  |
| --- |
|  |

## JOINDRE UNE COPIE DU PLAN D’ACTION

Fait à…………………………………… Le ………………………………….. Signature de l’autorité territoriale :

AVIS DU CST

Cadre réservé au Centre de Gestion

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la séance : | |
| **Collège des représentants du personnel** | **Collège des représentants des collectivités** |
| Nombre de votants : | Nombre de votants : |
| Avis favorable : | Avis favorable : |
| Avis défavorable : | Avis défavorable : |
| Avis favorable à l’unanimité des deux collèges □ | |
| Avis défavorable à l’unanimité : □  *Report de l’avis à une séance ultérieure* | / |
| □ Autre(s) – *cf. note technique jointe* | |

Le Président du CST

Daniel COUDREUSE