

# DEMANDE DE SERVICE

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Nbre total de travailleurs : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Représentant des travailleurs : \_\_\_\_\_

Représentant de l'employeur : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

**Provenance :**

(Inscrire un seul choix)

Demande du CSS

Demande de l'employeur

Demande du travailleur

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Nature :**

Identification des risques  
psychosociaux

Sensibilisation sur le stress post  
traumatique au travail

Lutter contre le  
harcèlement au travail

Prévenir les conflits au travail (incivilité)

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Description de la demande :**

---

---

---

**Retournez à :** Nathalie Gélinas, Coordonnatrice-intérim | Santé au travail, CIUSSS MCQ

@ : [Nathalie.Gelinas3@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Nathalie.Gelinas3@ssss.gouv.qc.ca)

Nombre de travailleurs concernés : \_\_\_\_\_

**Réponse :**

Acceptée

Refusée

Raison : \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui vous contactera : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_