

Demande d'Intervention Ergonomique

LE DEMANDEUR

Nom de l'organisme :
○Mme ○Mr Prénom – Nom : Qualité
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Ligne directe : Portable :
E-Mail :

LE BÉNÉFICIAIRE

Prénom - Nom :
Adresse personnelle :
Code Postal : Ville :
☎ Domicile : ☎ Portable :
☎ Professionnel :
E-Mail personnel :
E-Mail professionnel :
Lieu de travail (adresse, site, bâtiment :
.....
Date de naissance :
Type de handicap :
Poste occupé :
Type de contrat :
Date d'entrée en fonction :
Reconnaissance Travailleur Handicapé :

SOCIÉTÉ / ADMINISTRATION (Fonctions publiques)

Prénom - Nom :
Qualité :
Adresse :
Code Postal : Ville :
☎ Direct : ☎ Portable :
E-Mail :

LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Organisme :
Prénom - Nom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
☎ Direct : ☎ Portable :
E-Mail :

Contact

51 rue du Vallon
49000 Angers
02 41 73 86 97 – 06 48 78 02 27
Mail : handicapergo.pdl@vyv3.fr
SIRET établissement/service : 77560962101524

EXPOSÉ PRÉCIS DE LA DEMANDE (Contexte, difficultés rencontrées, prestation sollicitée...)

Commentaires, informations complémentaires du demandeur

Date :

Signature & cachet