| REPUBLIQUE DU CANTON DE GENEVE  Département des finances, des ressources humaines et des affaires extérieures  Office du personnel de l'Etat | Demande d'évaluation collective  au service de santé (SPE)  Version du 1.06.2023 |
| --- | --- |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***A transmettre par e-mail à*** *:* [*evaluations.medicales-sspe@etat.ge.ch*](mailto:evaluations.medicales-sspe@etat.ge.ch) | | | |
| 1. **Date de la présente demande** | | **/**    **/** | |
| 1. **Département ou entité:** | | | |
| 1. **Direction / service / établissement**: | | | |
| 1. **Lieu concerné**: | | | |
| **Motifs de la demande collective** | | | |
| 1. **Médecine et/ou hygiène du travail - Prévention** | | Analyse de risques pour la maternité  Analyse de risques liés à des dangers particuliers  voir Directive MSST 6508, annexe 1 – dangers physiques, biologiques ou chimiques, bruit, qualité de l'air...  Autre question: | |
| **Brève description du contexte qui motive la demande** | | | |
| 1. **Merci de préciser les éléments qui vous sont connus** | | | |
| **Actions déjà entreprises ou prévues prochainement** | | | |
| 1. **Merci de préciser les éléments qui vous sont connus** | | | |
| **Responsable RH** | | | |
| 1. **NOM :** | **Prénom :** | | **N° de téléphone :** |
| **Responsable hiérarchique / personne de contact** | | | |
| 1. **NOM :** | **Prénom :** | | **N° de téléphone :** |
| **Répondant.e/correspondant.e SST** | | | |
| 1. **NOM :** | **Prénom :** | | **N° de téléphone :** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Collaborateurs-trices** | | | | |
| **NOMS** | **Prénoms** | **Dates de naissance** | **N° de téléphone** | **Matricules SIRH** |
|  |  |  |  |  |
| ***Les collaborateurs-trices concerné-e-s doivent avoir été informé-e-s  que cette demande d'évaluation est adressée au Service de santé.***  *Il-elle peut obtenir une copie de ce document, lequel est intégré dans son dossier médical et son dossier administratif.* | | | | |