

Formulaire des recommandations



Co-président des travailleurs : _____ Co-président de la direction : _____

Date de l'inspection : _____ # de problème : _____ Statut : (O)(R1,2,3...) _____

Département : _____ Superviseur : _____

Description	Recommandation	Loi d'appui

Date de recommandation : _____ Remis à : _____

Information supplémentaire :

Note: Les recommandations écrites exigent une réponse dans l'espace de 21 jours [LSST 9(20)]

La direction est d'accord. La recommandation sera mise en place par
La direction mettra le contrôle en place ci-dessous, ou
La direction ne mettra pas la recommandation en œuvre pour les raisons expliquées ci-dessous :

Signature : _____ Titre : _____ Date : _____