



**Formulaire de suivi du refus de  
travailler**

Je sais que mon employeur ne privilégie aucun formulaire de suivi du refus de travailler pour mon milieu de travail. Ainsi, veuillez agréer la réception de ce formulaire à titre d'avis de ma part, en vertu de l'article 43 de l'*Occupational Health and Safety Act (Loi sur la santé et la sécurité au travail)* de la Nouvelle-Écosse, de l'exercice de mon droit de refuser de travailler, puisque j'ai des motifs raisonnables de croire que ce travail est susceptible de compromettre ma santé ou ma sécurité ou celles d'une autre personne.

<b>Renseignements personnels – doit être rempli par l'enseignant qui exerce son droit de refus</b>		
Prénom :	Nom :	Milieu de travail :
<b>Tâche faisant l'objet du refus et motif justifiant ce refus :</b> Veuillez préciser quel(s) aspect(s) de votre travail vous estimez être dangereux ainsi que les dangers présents dans votre milieu de travail selon vous. (Joindre des pages supplémentaires au besoin)		
<b>Refus signalé à :</b>		
Nom du directeur ou du superviseur :	Date :	Heure :
Signature de l'enseignant :		

**Refus de travailler : enquête de l'employeur – doit être rempli par le directeur ou le superviseur**

Des mesures correctives ont été prises :	Oui ____ (Veuillez les décrire ci-dessous.)	Non ____ (La prise de mesures correctives n'est pas nécessaire.)
Veuillez décrire toute mesure corrective ayant été prise. Les résultats de l'enquête doivent être communiqués à l'employé. Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin :		

**Résultats de l'enquête de l'employeur – doit être rempli par l'enseignant qui exerce son droit de refus**

Êtes-vous satisfait des résultats de l'enquête :	Oui ____ (Je vais reprendre mon travail.)	Non ____ (Veuillez renvoyer mon refus de travailler au Comité PSST.)
Signature de l'enseignant :		

**Refus de travailler : enquête du Comité PSST – doit être rempli par les coprésidents du Comité ou les personnes désignées pour le faire**

Recommandation unanime de retour au travail à l'employé (vote) :	Oui ____	Non ____
Des recommandations ont été faites à l'employeur :	Oui ____ (voir détails ci-dessous)	Non ____
Veuillez détailler toutes les recommandations faites suite à l'enquête, dont les résultats doivent être communiqués à l'employé, et joindre des pages supplémentaires au besoin.		
Signature du coprésident représentant l'employeur :	Signature du coprésident représentant les employés :	

**Résultats de l'enquête du Comité PSST – doit être rempli par l'enseignant qui exerce son droit de refus**

Êtes-vous satisfait des résultats de l'enquête :	Oui ____ (Je vais reprendre le travail que j'ai refusé.)	Non ____ (Je vais renvoyer mon refus de travailler à l'agent de la Division de la santé et la sécurité au travail.)
Signature de l'enseignant :		