



APSSAP

Association paritaire
pour la santé et la sécurité du travail,
secteur « Administration provinciale »

**PARTENAIRE DE
VOS ACTIONS**

AUTORISATION DE COLLECTE, D'UTILISATION ET DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'autorise l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur Administration provinciale (ci-après « APSSAP ») à faire la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements personnels me concernant, pour la réalisation des objectifs ci-après décrits exclusivement.

Sont considérés comme des renseignements personnels les informations sur mon état de santé et mon travail, des photographies et/ou des enregistrements de bande vidéo de ma personne au travail ainsi que les informations (mesures anthropométriques, état de la vision, préférence manuelle, etc.) recueillies lors d'une entrevue. L'obtention ou la communication de ces renseignements s'effectue exclusivement, pour la réalisation des objectifs ci-après décrits et auprès des personnes suivantes :

- Tout conseiller en prévention de l'APSSAP;
- Tout ergonomiste;
- Les membres autorisés du personnel de l'APSSAP;
- La direction des ressources humaines de votre organisation;
- La personne ressource ayant préalablement ajusté votre poste, si tel est le cas.

La présente autorisation vise spécifiquement à permettre à l'APSSAP d'atteindre les objectifs suivants :

- Documenter les risques liés au poste de travail;
- Offrir des services en ergonomie pour lesquels l'APSSAP a été mandatée;
- Émettre des recommandations en matière de prévention relativement au poste de travail concerné;
- Émettre des recommandations afin d'assurer un environnement de travail ergonomique;
- Effectuer le suivi des recommandations émises par l'APSSAP;
- Respecter la loi sur la protection des renseignements personnels.

Les renseignements personnels ainsi obtenus sont versés à un dossier se trouvant dans les bureaux de l'APSSAP. L'accès au dossier est réservé aux employés responsables de l'atteinte des objectifs mentionnés ci-dessus, ainsi qu'aux coordonnateurs ministériels et syndicaux. Toute demande d'accès et de modification au dossier se fait par courriel, ou par courrier à l'adresse suivante :

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur Administration provinciale
1220 Boul. Lebourgneuf, bureau 10, Québec (Québec) G2K 2G4

L'autorisation est valide tant et aussi longtemps que l'APSSAP n'a pas atteint les objectifs mentionnés ci-dessus. Je peux en tout temps remettre à l'APSSAP un avis écrit de retrait de l'autorisation et des renseignements personnels, tout en étant conscient qu'elle pourrait alors ne plus être en mesure de fournir le service demandé.

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance et avoir compris l'information contenue dans cette autorisation. Je comprends également que mes renseignements personnels ne serviront qu'à la réalisation des objectifs décrits ci-dessus. En conséquence, je consens à la collecte, à l'utilisation et à la conservation de mes renseignements personnels, sous réserve des dispositions présentes.

Toute copie de l'autorisation est aussi valide que l'original.



AUTORISATION DE COLLECTE, D'UTILISATION ET DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

IMPORTANT : Ce document doit être complété par la personne dont le poste doit être évalué puis retourné au coordonnateur ministériel en santé et sécurité du travail.

| | |
|------------------------|--|
| Nom de la personne : | |
| Adresse au travail : | |
| Téléphone au travail : | |
| Courriel : | |

| Êtes-vous représenté par une association accréditée? | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Si oui, laquelle? <input type="checkbox"/> SFPQ <input type="checkbox"/> SPGQ <input type="checkbox"/> APPQ <input type="checkbox"/> SAPSCQ <input type="checkbox"/> SPEQ <input type="checkbox"/> SAPFQ <input type="checkbox"/> SPMGQ <input type="checkbox"/> SCSGQ <input type="checkbox"/> SECDPDJ <input type="checkbox"/> FCCRQ <input type="checkbox"/> LANEQ <input type="checkbox"/> ACDQ <input type="checkbox"/> APGCGQ <input type="checkbox"/> APIGQ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Questions préalables à l'intervention ergonomique. | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous un dossier à la CNESST ou à la SAAQ en lien avec cette demande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous reçu un diagnostic médical spécifiant une limitation fonctionnelle ? (ex : <i>Geste ou posture à éviter, charge maximale à soulever</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que la demande d'évaluation du poste de travail s'inscrit dans le cadre d'un retour progressif au travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que l'évaluation / adaptation du poste de travail est une condition préalable au retour au travail spécifiée par votre médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que votre médecin a prescrit une évaluation / adaptation de votre poste en spécifiant des restrictions liées à la réalisation de vos tâches? Quelle est la nature de la restriction : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous référé en ergothérapie par votre médecin? <i>L'ergothérapie et l'ergonomie relèvent de deux professions distinctes. L'APSSAP ne peut offrir que des services en ergonomie.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous utilisé le système ADAPTE pour l'ajustement autonome de votre poste de travail? (www.adapte.ca) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce qu'une personne-ressource a réalisé une première adaptation de votre poste de travail? Date : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que les recommandations faites par cette personne-ressource ont été mises en place? Date : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------|-----------------|
| Signature : | Date (AA-MM-JJ) |
| | |