|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 Rue Louison Bobet  29000 QUIMPER  Tél. 02 98 55 54 43  **stc-quimper.org** | **DEMANDE DE VISITE POUR UN TRAVAILLEUR INTÉRIMAIRE**  Document à adresser à [interim@stc-quimper.org](mailto:interim@stc-quimper.org)  ***(pour que la demande soit traitée, toutes les zones doivent être complétées)*** | | | |
| Date de la demande : | Agence intérim demandeuse : | | Entreprise utilisatrice : |
| Numéro adhérent de l’agence intérim : | | Adresse de l’entreprise utilisatrice : | |

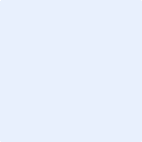
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTITé DU SALARIé INTERIMAIRE** | **SECTEUR D’ACTIVITé** | **CATéGORIE DECLARéE** | **Préciser le ou les risque(s) du salarié déclaré en :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Suivi Individuel Adapté (SIA)** (Cf Décret n°2016-1908 du 27/12/2016) | | | | | | **Suivi Individuel Renforcé (SIR)**  (Cf Décret n°2016-1908 du 27/12/2016) | | | | | | | | | | | | |
| Nom de naissance  : | STC  Non STC | SIS\*\*    SIA  SIR | Moins de 18 ans | Travailleurs handicapés | Femmes enceintes | Travail de nuit | Salariés exposés à des champs électromagnétiques | Agents biologiques  du groupe 2 | Amiante | Rayonnements ionisants Cat. A | Rayonnements ionisants Cat. B | Plomb | Risque Hyperbare | Agents biologiques 3 et 4 | Agents CMR 1 et 2 | Montage et démontage des échafaudages | Autorisation de conduite | Habilitation électrique | Port de charges > 55 Kg | Jeunes de moins e  18 ans affectés à des travaux réglementés | SIR déclaré par l’employeur |
| Nom d’usage : |
| Prénom : | **TYPE DE CONTRAT** |
| Date de naissance : | Intérim  CDI intérim |
| Numéro de sécurité sociale : |
| Téléphone portable : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sexe :  Féminin  Masculin  Autre |
| RENSEIGNER LE OU LES EMPLOI(S) OCCUPE(S)\*  et les Codes PCS [Consulter les Codes PCS](https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcsese2017/categorieSocioprofessionnelleAgregee/1?champRecherche=true) | N° 1 :  Code PCS : | | | | | N° 2 :    Code PCS : | | | | | | | | | N°3 :    Code PCS : | | | | | | |  |  |  |  |  |
| PRECISER LA NATURE DE LA VISITE DEMANDEE : | Embauche  Reprise (date de l’arrêt : )  Périodique  Demande employeur | | | | | Date de début de mission : :  Date de la 1ère mission dans l’entreprise utilisatrice : | | | | | | | | | Durée de la mission :  Date de fin de mission : | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Commentaires éventuels de l’agence : |  |

Pour rappel : en tant qu’employeur, vous êtes responsable de la déclaration de la catégorie de votre salarié (\*\*SIS / SIR / SIA)

\* Selon code PCS \*\* SIS :Suivi Individuel Simple

Reconnaît avoir consulté le portail régional intérim préalablement à la demande [Portail régional intérim](https://interim.medtra.fr/)



Signature et cachet de l’agence :

*STC KB – Version février 2025*