|  |  |
| --- | --- |
| 2 Rue Louison Bobet29000 QUIMPERTél. 02 98 55 54 43**stc-quimper.org** | **DEMANDE DE VISITE POUR UN TRAVAILLEUR INTÉRIMAIRE**Document à adresser à 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*