

LA CSTIT EXIGE **UNE PÉRIODE DE CINQ JOURS** OUVRABLES POUR EXAMINER LES PROPOSITIONS DE PROJET RELATIF AU PLOMB, APRÈS RÉCEPTION DE TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES.

VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE AINSI QUE TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES PAR COURRIEL À **projectnotifications@wsc.nt.ca** OU À **projectnotifications@wsc.nu.ca**, OU PAR TÉLÉCOPIEUR AU **1 866 277-3677**, EN INDIQUANT CLAIREMENT **AVIS DE PROJET RELATIF AU PLOMB** DANS LA LIGNE DE L'OBJET.

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS :

<input type="checkbox"/> Procédures de travail <input type="checkbox"/> Procédures d'urgence <input type="checkbox"/> Résultats d'analyse ou documents d'enquête	<input type="checkbox"/> Certificats de formation des travailleurs <input type="checkbox"/> Méthode d'élimination des déchets <input type="checkbox"/> Surveillance et analyse du plomb dans l'air et sur les surfaces
--	--

LE CODE DE PRATIQUE **EXPOSITION AU PLOMB AU TRAVAIL** DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU NUNAVUT PRÉCISE LES EXIGENCES RELATIVES AUX MÉTHODES D'ÉLIMINATION DU PLOMB. VOUS POUVEZ LE CONSULTER DANS LA SECTION SANTÉ ET SÉCURITÉ DU SITE WEB DE LA CSTIT.

Adresse du chantier :		Date de l'envoi (jj/mm/aaaa) :	
Propriétaire du bâtiment :		Numéro de téléphone :	Courriel :
Entrepreneur principal :		Adresse postale :	
No d'employeur à la CSTIT :	Personne-ressource :	Numéro de téléphone :	Courriel :
Sous-traitant(s) affecté(s) à l'élimination du plomb :		Adresse postale :	
No d'employeur à la CSTIT :	Personne-ressource :	Numéro de téléphone :	Courriel :
Description des activités de travail :			
Emplacement exact des sites :		Nombre de travailleurs : <input type="checkbox"/> 1-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> 20+	
Superviseur de chantier :		Numéro de téléphone :	Courriel :
Niveau de risque lié à l'élimination : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Élevé		Date de début (jj/mm/aaaa) :	Date de fin (jj/mm/aaaa) :
Matériaux de construction où la présence de plomb est confirmée (notamment quantité et emplacement du plomb) :			
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			
À USAGE INTERNE SEULEMENT			
Date de réception de l'avis (jj/mm/aaaa) :		Reçu par : <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Télécopieur	Numéro du projet :
Date d'envoi de l'accusé de réception (jj/mm/aaaa) :		Date d'acceptation de l'avis (jj/mm/aaaa) :	Agent de sécurité traitant l'avis :