Équipements sous pression

Autorisation de conduite

Mme / M. ………………………………………… est autorisé(e) à la conduite des équipements sous pression suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Localisation(s) |
|[ ]  Autoclave(s) |  |
|[ ]  Compresseur(s) |  |
|[ ]  Autre(s) |  |

Mme / M. …………………………...…………………… a suivi une formation interne relative à la conduite de ces équipements le …………… par ……………….…………………… (formé(e) par l’organisme ………………………….………………………....., le …….………).

L’autorisation de conduite est valable 3 ans.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’agent(date, nom et signature) | L’assistant de prévention(date, nom et signature) | Le directeur de l’unité(date, nom et signature) |