# Logo Coordonnées

# Autorisation de travailler en espace confiné

Je soussigné (Nom et prénom du responsable), (fonction) : ……………………………….

…………………………………………. certifie que (Nom et prénom du salarié) …………………………………………,

1. a été reconnu apte médicalement pour travailler en espace confiné par le docteur (Nom, Prénom): …………..………….……………………………………………………….., médecin du travail,

2. a été contrôlé sur ses connaissances et savoir-faire pour travailler en espace confiné, le (date) ……………………………………….……………… par l’organisme (Nom) …………………………………………………….. qui lui a délivré le CATEC : Certificat d’Aptitude à Travailler en Espaces Confinés

3. a connaissance des lieux et instructions à respecter sur les sites d’intervention.

En foi de quoi, j’autorise (Nom, prénom et fonction du salarié) ….……………………………………………………

……………………………………………………………à travailler en espaces confinés dans le cadre de son activité professionnelle :

- ……………………………………….....................................

- ………………………………………………………….………..…….

- ………………………….……………………………………………….

- ………………………….……………………………………………….

-

Fait à……………………………………………

Le………………………………………………….

Cachet de l’entreprise et signature du Responsable