|  |
| --- |
| **DEMANDE DE PERMIS DE TRAVAIL (service de piquet, nouveau permis)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Requérant** | N° emplacement  de l'entreprise (REE) |  | **Secrétariat d’Etat à l’économie SECO**  Conditions de travail  Protection des travailleurs ABAS  Holzikofenweg 36  3003 Berne |
| Personne de contact |  | |  |
| Téléphone |  | |  |
| E-Mail |  | |  |
| E-Mail  Entreprise / RH |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Raison sociale**  **et adresse de l’emplacement de l'entreprise** | **Adresse postale** | **Adresse de facturation** |

Vous trouverez des indications sur ce formulaire sur Internet: [www.permisduréedutravail.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Arbeitszeitbewilligungen-in-Papierform/AZ-Bewilligung-Pikettdienst-Nacht-Sonntag.html)

**Indiquez ce qui est appliqué dans votre entreprise**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Période de nuit** | |  | 23:00 – 06:00 | ou |  |
| **Période du dimanche** | |  | Samedi 23:00 – Dimanche 23:00 | ou |  |
|  | ***Déplacement des périodes: la majorité des travailleurs ou leur représentation doit avoir donné son accord.*** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nouveau permis** |

**Service de piquet**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Travail de nuit |
|  | Travail du dimanche |
|  | Travail les jours fériés |
|  | ***Le travailleur a donné son accord pour travailler de nuit et / ou le dimanche.*** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durée du permis désirée** | | du |  | au |  | (max. 3 ans) |
| **Partie(s) d'entreprise** |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Justification de la demande** [www.permisduréedutravail.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Arbeitszeitbewilligungen-in-Papierform/AZ-Bewilligung-Pikettdienst-Nacht-Sonntag.html) | |
|  | Indispensabilité technique et/ou économique (art. 28, al. 1 et/ou 2 OLT 1) ***La preuve doit être apportée par écrit, si possible au moyen du questionnaire (disponible sur Internet)*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Examen médical et conseils** (art. 43-45 OLT 1) | |
|  | Avez-vous contrôlé si l’examen médical **obligatoire** d’aptitude au travail de nuit (selon l’art. 45 OLT 1) est nécessaire ? Vous pouvez trouver les informations à ce propos à la page : [www.permisduréedutravail.ch](https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Arbeitszeitbewilligungen-TACHO/Medizinische-Untersuchung-Beratung-bei-Nachtarbeit.html) |
|  | |
|  | ***Selon l'article 45 OLT 1, nous confirmons que l’examen médical obligatoire (aptitude au travail de nuit) a été effectué avant le début de l’activité, puis est effectué tous les deux ans.*** |

**Horaire de travail et le nombre de travailleurs selon données du questionnaire de l’indispensabilité**

**Lieu et date**       **Timbre et signature**