

	HSECQ	ARG_	
	<i>FORMULAIRE DE RECEPTION, DE TRAITEMENT ET DE CLOTURE DES DOLÉANCES COMMUNAUTAIRES DU PROJET ARG</i>	Émis le :	Révision N° :

DESCRIPTION DE LA DOLÉANCE				
Date de réception		Heure :		
Personne ayant porté la doléance	Nom :	Choisissez un élément.	Téléphone	626 702 921
Personne ayant reçu la doléance	Nom :	Nom : Choisissez un élément.		
Statut de l'enregistrement	Choisissez un élément.			
Analyse et description des enjeux relatifs à la doléance :				
Statut après analyse :	Acceptée ☐	Orientée ☐	Irrecevable ☐	
Informations complémentaires :				
Actions réalisées pour traiter la doléance	Par qui ?		Quand ?	
1				
2				
Photos des actions réalisées :				
Coût des activités réalisées (Facultatif)	USD :		GNF :	
Autres commentaires si nécessaires :				
Clôture de la doléance :				

Le/les demandeur(s)	Nom :	Signature :	Entrez une date.
Le Représentant du projet ARG	Nom :	Signature :	Entrez une date.