**Demande de soutien / Support request**

Afin de traiter votre demande, nous vous remercions de nous communiquer les informations suivantes. Ces dernières seront uniquement consultées par l’infirmier·ère de santé au travail de l’UNIL ainsi que, le cas échéant, la psychologue spécialisée en santé au travail. Ces informations sont soumises au strict respect de la confidentialité.

*In order to process your request, please provide us with the following information. This information will only be consulted by the UNIL occupational health nurse and, if necessary, the psychologist specialized in occupational health. This information is subject to strict confidentiality.*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / *Name* : |  |
| Prénom / *First name* : |  |
| Téléphone de contact / *Contact phone number* : |  |
| Adresse e-mail de contact / *Contact mail address* : |  |
| Brève description de la situation qui amène votre demande / *Brief description of the situation leading to your request*  : | |