**Formulaire de notification de dommage/vol/perte d'actif**

|  |
| --- |
| **Le présent formulaire doit être rempli par tout employé de DCA qui a reçu ou est responsable d'un actif de DCA, si cet actif est endommagé, perdu ou volé, puis doit être envoyé à l'Agent logistique et au Gestionnaire de programme dans le pays, ainsi qu'au Coordinateur de programme au siège de DCA, dès que raisonnablement possible à la suite d'un incident.**  **Vous serez informé(e) de toute nécessité de fournir d'autres informations ou documents à l'appui.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programme pays :** |  | **Lieu de l'incident :** |  |
| **Rapport rempli par :** |  | **Fonction :** |  |
| **Signature :** |  | **Date :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Détails de l'incident :** | | | |
| **Date :** |  | **Heure :** |  |
| Veuillez fournir autant de précisions que possible sur les circonstances de l'incident : | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Détailler les équipements perdus :**  Veuillez fournir autant de précisions que possible sur toutes les pièces endommagées/perdues | | | |
| **Pièce**  Indiquer la marque/le modèle/le fabricant | **Valeur d'achat**  Si connue | **Valeur actuelle**  Si connue | **Date d'achat**  Si inconnue, veuillez indiquer l'âge approximatif de la pièce |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Témoins :** | | | |
| **Y a-t-il eu des témoins ?** |  | **Nom des témoins :** |  |
|  | | | |

|  |
| --- |
| **Mesures prises par le Supérieur hiérarchique/Gestionnaire responsable :** |
| **Quelles mesures immédiates ont été prises pour prévenir un incident similaire, et par qui ?** |
| **Une enquête plus approfondie est-elle nécessaire pour déterminer les causes sous-jacentes de l'incident, et des mesures correctives doivent-elles être prises ?** |
| **Le cas échéant, quelles mesures disciplinaires est-il recommandé de prendre à l'encontre de l'employé concerné ?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partie 4 - Clôture du rapport** | | |
| **Titre** | **Signature** | **Date** |
| **Gestionnaire de programme** |  |  |
| **Représentant des RH** |  |  |
| **Supérieur hiérarchique** |  |  |
|  |  |  |