

**REQUETE D'AUTORISATION DE DISPENSE DE TENIR UN REGISTRE  
QUANT A LA DURÉE DU TRAVAIL, DE LA CONDUITE ET DU REPOS**

Ordonnance sur les chauffeurs ; OTR 1 art. 16

(Il convient de remplir 1 formulaire par conducteur/conductrice)

**Employeur/entreprise** .....

Responsable pour les transports .....

Adresse .....

Téléphone .....

**Conducteur/conductrice**

Nom, prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

No postal / lieu .....

**Activité auprès d'un / d'autre(s) employeur(s)**  Oui  Non

Plan horaire dans votre entreprise	
Du lundi au vendredi	de ..... à ..... heures
Week-end (samedi)	.....
Pause quotidienne (en heure(s) / minutes)	.....
Travail hebdomadaire (en heures)	.....

Lieu et date

Sceau et signature de l'employeur

.....

**A retourner à :**

Service de protection des travailleurs et des relations du travail  
Rue des Cèdres 5  
1951 Sion

