

## DESIGNATION DE CORRESPONDANTS SURETE

Nom de l'entreprise	N° de Siret

Qualité et nom du représentant de l'entreprise employant le ou les correspondants	Signature et tampon de l'entreprise

### Partie à remplir par le ou les correspondants sûreté, sécurité portuaire, désignés par l'employeur

Nom, Prénom du correspondant	Nom, Prénom du correspondant
N° tél. :	N° tél. :
Mail :	Mail :

- Je certifie être le correspondant sûreté désigné ci-dessus.
- J'ai pris connaissance de la réglementation et de la procédure relatives à l'utilisation des titres d'accès portuaires et en particulier :
  - L'obligation de signaler sans délai le départ du titulaire d'un titre de circulation ou la cessation de son activité en zone portuaire et de retourner au GPM-G ;
  - L'obligation de signaler sans délai la perte ou le vol du titre de circulation en faire la déclaration au service de police ou de gendarmerie ;
  - Je m'engage à prendre connaissance des règles de sûreté et de sécurité en zone portuaire et m'engage à les respecter. Dans le cas où la demande est faite pour un tiers, je garantis que cette personne prendra connaissance des règles de sûreté et de sécurité en zone portuaire et qu'elle s'engagera à les respecter ;
  - De porter les EPI adapté et obligatoires dans l'enceinte du GPM-G ;
  - Je m'engage à valider les demandes de délivrance ou de renouvellement des titres d'accès au profit des salariés de l'entreprise, ou des personnes agissant pour son compte.

Date	Date
Signature	Signature