

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CONTRAT DE PREVENTION

Merci de renseigner tous les champs indiqués par une astérisque pour que votre demande soit étudiée.

Raison sociale* :

Adresse* :

Téléphone* :

Email* :

SIREN* :

SIRET* :

Code Risque :

Effectif total de l'entreprise* :

Activité de l'entreprise :

Je soussigné(e),

Nom* :

Prénom* :

Fonction* :

déclare sur l'honneur (*toute fausse déclaration est passible de sanctions et du non-paiement de l'aide ou du remboursement de l'aide accordée*) :

- que le document unique d'évaluation des risques (DUER) ** de mon entreprise a été mis à jour le* et qu'il est à la disposition du service prévention de ma caisse régionale. *Pour rappel, ce document peut être réalisé en utilisant les outils d'aide à l'évaluation des risques préconisés par l'Assurance Maladie – Risques Professionnels (OIRA, outil OPPBTP...).*
- que, le cas échéant, les institutions représentatives du personnel de mon établissement ont été informées de la démarche engagée pour bénéficier de cette aide financière le
- que mon entreprise adhère à un service de santé au travail nommé :

- que mon entreprise est à jour de ses cotisations URSSAF au titre des établissements implantés dans la circonscription de la caisse (*joindre une attestation de moins de 6 mois*)
- que le plafond maximal autorisé de 300 000 € d'aides versées par les autorités publiques sur les trois dernières années glissantes n'est pas atteint (*joindre l'attestation / déclaration sur l'honneur "minimis" remplie et signée*)

* champ obligatoire

** Le DUER devra être fourni obligatoirement à l'élaboration du projet.

Risques visés par votre projet (cf. Convention Nationale d'Objectifs de votre profession) :

RISQUE MECANIQUE

MANUTENTION CIRCULATION AUTRES

RISQUES

NUISANCES PHYSIQUES

NUISANCES CHIMIQUES

ERGONOMIE CONDITIONS DE TRAVAIL

FORMATION

RISQUE ROUTIER

Votre demande est :

à l'initiative de votre entreprise

à l'initiative d'un de nos préventeurs. Nom du préventeur :

Fait à*

le*

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise :

* *champ obligatoire*

**Ce document est à adresser par mail,
accompagné de :**

- ✓ **l'attestation de versement des cotisations Urssaf**
- ✓ **l'attestation / déclaration sur l'honneur "minimis"**

à **contrat.prevention@carsat-ra.fr**