

Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP ANIMATEUR PREVENTION TMS (FORMATION)

Cadre réservé à OETH

Date de réception : | | | | | | | | | |

N° établissement :

N° dossier :

N° Association :

Date CPA :

EMPLOYEUR

Association gestionnaire : _____

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | Ville : _____

N° de SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | |

Effectif d'assujettissement au 31/12/2011 en ETP : _____

Personne à contacter : M. Mme Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

E-mail : _____

Tél. : | | | | | | | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | | | | | | | |

L'établissement possède-t-il un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels ? Oui Non

Si oui, année d'actualisation : | | | | |

Cadre réservé à OETH

Année d'adhésion :

Effectif d'assujettissement :

Taux d'obligation moyen :

Nbre d'handicapés :

CDI :

CDD :

Financements perçus depuis 2006 :

Financements RTH depuis 2001 :

FORMATION ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS

Titre et descriptif de la formation choisie : _____

Nom de l'organisme de formation : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | | Ville : _____

Durée de la formation : _____ Date de démarrage prévisionnelle : | | | | | | | | | |

Coûts prévisionnels de la formation

	COUT TOTAL	PRISE EN CHARGE OETH	SOLDE POUVANT ETRE PRIS EN CHARGE PAR UNIFAF (1)
Frais pédagogiques		2 000 € max.	
Frais annexes : transport, hébergement, repas		2 000 € max. <small>si pas de frais pédagogiques</small>	
Salaire chargé du stagiaire pendant la formation		2 000 € max.	

Souhaitez-vous que ce dossier soit transmis à UNIFAF pour les compléments de financement ? OUI NON

- (1) Dans le cadre d'une Convention signée entre Unifaf et OETH, l'OPCA peut prendre en charge financièrement :
- la différence établie entre le montant des **coûts pédagogiques** facturés et le financement d'OETH
 - les éventuels compléments des **salaires de remplacement** de l'Animateur-Prévention durant sa formation (conformément aux règles de prise en charge applicables au sein d'Unifaf)
 - l'ensemble des **frais annexes** (déplacement, hébergement) dans le respect des plafonds mis en œuvre au sein de l'OPCA et sous réserve de présentation des pièces justificatives afférentes.

Cette prise en charge sera financée par le Fonds d'intervention (Programmes spécifiques) ou sera imputée sur le PAUF s'il n'est pas totalement utilisé par l'établissement. Pour tout renseignement complémentaire, merci de vous adresser à Unifaf.

SALARIÉ DÉSIGNÉ ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS

M. Mme Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Email : _____

Intitulé du poste occupé : _____

Date d'embauche : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Type de contrat : _____

Temps de travail hebdomadaire contractuel (à la date de la demande) : |_|_|_|_|_|

Cadre réservé à OETH	
1 - Formation	MONTANT ACCORDÉ
Frais pédagogiques	
Salaire chargé	
Frais Déplacement+ Hébergement.	
TOTAL	

PIÈCES À FOURNIR

FORMATION ANIMATEUR-PRÉVENTION TMS

- L'exposé de la demande (sur papier libre)
- Convention d'action complétée et signée en double exemplaire (avec les annexes paraphées à toutes les pages)
- Copie du Document Unique d'évaluation de moins de 18 mois ou une attestation sur l'honneur ou PV de carence
- Tableau des coûts prévisionnels de la formation (voir ci-dessus)
- Formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel mentionnant le nom de l'animateur et l'objet de la demande (voir ci-dessous)
- Copie du contrat de travail et d'une fiche de salaire de moins de 3 mois du salarié désigné Animateur-Prévention TMS
- Devis du prestataire de formation et/ou convention de formation (pas nécessaire pour la formation Cramif)

Fait à _____, le _____

Nom et qualité du signataire _____

Signature et
cachet de l'établissement

Le dossier ne sera recevable que s'il est complet, daté et signé.

Dossier complet à retourner à :
Association OETH
47 rue Eugène Oudiné – 75013 PARIS
Tél : 01 40 60 58 58 – Fax : 01 40 60 58 64



Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

FORMULAIRE DE RECUEIL DE L'AVIS DES INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL

Etablissement : _____

Adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Ville : _____

Les membres du :

CE ou CHSCT ou DP

Donnent un avis favorable à :

Four horizontal lines for writing the favorable opinion.

Nom et qualité des signataires :

Signature box with two horizontal lines and the word 'Signature' centered below.

Signature box with two horizontal lines and the word 'Signature' centered below.

Fait à _____, le _____

