

FINANCEMENT DEMANDÉ

Financement valable pour l'ensemble de l'établissement quel que soit le nombre d'Animateurs Prévention TMS. Financement forfaitaire de 250 €/jour plafonné à 4/9/16 jours selon la taille de l'effectif de l'établissement. Le financement lié à la pérennisation de la compétence ne peut pas dépasser trois années de prise en charge. Cf. Annexe 1 de la Convention d'Action.

Effectif de l'établissement concerné (ETP) : _____

Nombre de jours demandés, selon l'effectif de l'établissement :

- 4** jours (≤ 49 ETP)
- 9** jours (entre 50 et 199 ETP)
- 16** jours (≥ 200 ETP)

Financement demandé au titre de l'année : | | | | |

SALARIÉ(S) DÉSIGNÉ(S) ANIMATEUR PRÉVENTION TMS

Prénom - NOM	Poste occupé	Organisme de formation (année de formation)	Email
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cadre réservé à OETH	
Pérennisation de la compétence	MONTANT ACCORDÉ
Nombre de jours maxi : 4 <input type="checkbox"/> - 9 <input type="checkbox"/> - 16 <input type="checkbox"/>	
Salaire chargé (forfait 250€/jour)	
TOTAL	

PIÈCES À FOURNIR

PÉRENNISATION DE LA COMPÉTENCE
<p><u>Documents à transmettre pour la demande de financement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'exposé de la demande (voir ci-dessus) • Copie du Document Unique d'évaluation de moins de 18 mois ou une attestation sur l'honneur ou PV de carence • 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) • Attestation de formation du/des salarié(s) désigné(s) Animateur Prévention TMS (certificat de compétences et/ou diplôme) • Copie du contrat de travail et d'une fiche de salaire de moins de 3 mois du/des salarié(s) désigné(s) Animateur Prévention TMS <p><u>Justificatifs à transmettre pour paiement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Feuilles d'émargement des formations internes réalisées ou rapport d'étude d'analyses de l'activité

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



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 _____

