



<b>Cadre réservé à OETH</b>	
	Montant accordé
Diagnostic des risques psychosociaux	
<b>TOTAL</b>	

### **PIÈCES À FOURNIR**

<b>DIAGNOSTIC DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'exposé de la demande (voir ci-dessus)</li> <li>• Proposition technique et financière du prestataire agréé OETH choisi</li> <li>• Copie du Document Unique d'évaluation de moins de 18 mois ou une attestation sur l'honneur ou PV de carence</li> <li>• Formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel mentionnant le nom du prestataire intervenant et l'objet de la demande (voir ci-dessous)</li> </ul>

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom et qualité du signataire \_\_\_\_\_

Signature  
et cachet de l'établissement

**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**

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

### Les membres du :

CE      ou       CHSCT      ou       DP

Donnent un avis favorable à :


### Nom et qualité des signataires :

Signature

Signature

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_