



Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP DIAGNOSTIC TMS

Cadre réservé à l'OETH
Date de réception : <input type="text"/>
N° établissement :
N° dossier :
N° Association :
Date CPA :

EMPLOYEUR	Cadre réservé à l'OETH
Association gestionnaire : _____	Année d'adhésion :
Raison sociale : _____	Effectif d'assujettissement :
Adresse : _____	Taux d'obligation moyen :
Code postal : <input type="text"/> Ville : _____	Nbre d'handicapés :
N° de SIRET : <input type="text"/>	CDI :
Effectif d'assujettissement au 31/12/2008 en ETP : _____	CDD :
Personne à contacter : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Financements perçus depuis 2006 :
Nom : _____ Prénom : _____	Financements RTH depuis 2001 :
Fonction : _____	
E-mail : _____	
Tél. : <input type="text"/>	
Fax : <input type="text"/>	

EXPOSÉ DE LA DEMANDE
Intitulé de la prestation : _____
Descriptif synthétique du projet : _____

Durée de l'action : _____ Date de démarrage prévisionnelle : <input type="text"/>
Coût prévisionnel : _____ € T.T.C.
Nom du prestataire : _____
Adresse : _____
Code postal : <input type="text"/> Ville : _____



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

PIÈCES A FOURNIR

- Devis du prestataire
- Extrait du Document unique avec la cotation du risque TMS
Depuis le 7 novembre 2002, l'employeur (ou chef d'établissement) ayant un ou des salariés doit établir un document unique (DU) d'évaluation des risques professionnels (décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 – article R . 230-1 et suivants).
- Le formulaire de recueil de l'avis des Instances Représentatives du Personnel

Nous vous rappelons qu'à l'acceptation du financement, l'établissement s'engage à :

- débattre avec les IRP sur les conclusions et les préconisations issues du diagnostic,
- actualiser le Document unique, notamment la partie consacrée aux risques TMS,
- être référent pour OETH en terme de bonnes pratiques sur la prévention des TMS.

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



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

Etablissement : _____

Adresse : _____

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

Les membres du :

CE

CHSCT

DP

Donnent un avis favorable à :

Nom et qualité des signataires :

Signature

Signature

Fait à _____, le _____

