

Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Cadre réservé à l'OETH

Date de réception :

N° établissement :

N° dossier :

N° Association :

Date CPA :

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

1/ DIAGNOSTIC DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Descriptif du projet :

Durée de l'action : Date de démarrage prévisionnelle :

Coût prévisionnel : € T.T.C.

Nom du prestataire :

Adresse :

Code postal : Ville :

2/ACCOMPAGNEMENT À LA MISE EN ŒUVRE D'UN PLAN D' ACTIONS PRÉVENTIF DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Descriptif du projet : _____

Durée de l'action : _____ Date de démarrage prévisionnelle : | | | | | | | | | |

Coût prévisionnel : _____ € T.T.C.

Nom du prestataire : _____

Adresse : _____

Code postal : | | | | | Ville : _____

Cadre réservé à OETH

	Montant accordé
1/ Diagnostic des risques psychosociaux	
2/ Accompagnement à la mise en œuvre d'un plan d'actions préventif	
TOTAL	

PIÈCES À FOURNIR

1/ DIAGNOSTIC DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	2/ ACCOMPAGNEMENT À LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D' ACTIONS PRÉVENTIF
<ul style="list-style-type: none">• Devis du prestataire• Document unique d'évaluation des risques professionnels <i>Depuis le 7 novembre 2002, l'employeur (ou chef d'établissement) ayant un ou des salariés doit établir un document unique d'évaluation des risques professionnels (décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 – article R. 230-1 et suivants).</i>• Formulaire de recueil de l'avis des Instances représentatives du personnel	<ul style="list-style-type: none">• Devis du prestataire• Document unique d'évaluation des risques professionnels <i>Depuis le 7 novembre 2002, l'employeur (ou chef d'établissement) ayant un ou des salariés doit établir un document unique d'évaluation des risques professionnels (décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 – article R. 230-1 et suivants).</i>• Formulaire de recueil de l'avis des Instances représentatives du personnel• Plan d'actions du diagnostic des risques psychosociaux validé par la Direction et les Instances représentatives du personnel

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

CHSCT

DP

Donnent un avis favorable à :

Nom et qualité des signataires :

Signature

Signature

Fait à _____, le _____