



Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP DIAGNOSTIC TMS

Cadre réservé à l'OETH	
Date de réception :	_____
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 : _____ Ville : _____	Nbre d'handicapés : _____
N° de SIRET : _____	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. : _____	
Fax : _____	

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

Durée de l'action : _____	Date de démarrage prévisionnelle : _____
Coût prévisionnel : _____	€ T.T.C.
Nom du prestataire : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	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
94 avenue Félix Faure – 75015 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 _____