



# Dossier de demande de financement : PRÉVENTION DU HANDICAP RISQUES PSYCHOSOCIAUX

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"/>	

## 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	
<b>TOTAL</b>	

## 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"><li>• Devis du prestataire</li><li>• 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></li><li>• Formulaire de recueil de l'avis des Instances représentatives du personnel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Devis du prestataire</li><li>• 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></li><li>• Formulaire de recueil de l'avis des Instances représentatives du personnel</li><li>• Plan d'actions du diagnostic des risques psychosociaux validé par la Direction et les Instances représentatives du personnel</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**  
**94 avenue Félix Faure – 75015 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 \_\_\_\_\_

