

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 : _____	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. : _____	

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



Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés

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 _____

