**FORMULAIRE DE RESERVATION / DEMANDE DE SUBVENTION PREVENTION TPE «PASS AQUI-PREV» Volet 2**

**(Uniquement après réalisation du Volet 1)**

**Annexe 3**

**N° Réservation de l’aide Volet 1** : ....................................................................................................

**Raison sociale** : .....................................................................................................................................

**Adresse** : .................................................................................................................................................

**SIRET**: ........................................................

Code Risque (Tarification AT-MP, indiqué sur votre notification annuelle) : …………………

Effectif total de l’entreprise (SIREN) : ...............................................................................................

Je soussigné(e),

Nom : ....................................................................................................................................

Prénom : ...............................................................................................................................

Fonction\* : ............................................................................................................................

Déclare sur l’honneur

* Avoir mis en place une démarche participative d’analyse des risques (analyse d’AT(1) et/ou EvRP(2)) ayant conduit à la production d’un plan ;
* Acquérir en propriété intégrale (pas de location, leasing…) des équipements neufs et conformes à la réglementation en vigueur ;
* Que le Document Unique d’évaluation des risques professionnels de mon entreprise est à disposition du service Prévention de la CARSAT Aquitaine. Il est à jour depuis moins d’un an à la date de cette demande.
* Que mon entreprise adhère au Service de Santé au Travail ………………………………………………………………………………………………..
* Que mon entreprise est à jour de ses cotisations URSSAF au titre des établissements implantés dans la circonscription de la Caisse (Départements 24, 33, 40, 47, 64).
* Que le cumul des aides publiques ne dépasse pas 70 % de l’investissement.

Je demande l’accompagnement financier pour la réalisation des mesures de prévention suivantes contenues dans le plan d’actions transmis à la CARSAT Aquitaine dans le cadre du volet 1 de l’aide « PASS AQUI-PREV ».

(1) AT : Accident du travail

(2) EvRP : Evaluation des risques professionnels.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Axes** | **Mesures de prévention :**Acquisition de matériels/équipements adaptés, changement d’organisation du travail, formations adaptées pour les salariés, prestations intellectuelles complémentaires | **Coût** **Unitaire****HT** | **Nombre** **d’unités** | **TOTAL** |
| Evaluation des Risques Professionnels |  |  € |  |  € |
|  |  € |  |  € |
|  |  € |  |  € |
| Analyse des Accidents du Travail |  |  € |  |  € |
|  |  € |  |  € |
|  |  € |  |  € |
| **Montant total investi HT**  |  € |
| **Aide financière = 40% du montant total investi HT** *(dans les limites de l’aide § 4 – conditions générales)* |  € |

Fait à …………………......................................................... le ..…..…./...….../202…….

Signature obligatoire\* et cachet de l’entreprise

*\*Attestation obligatoirement signée par l’un des représentants légaux de l’Entreprise*