

FORMULAIRE DE RESERVATION/ DEMANDE D'AIDE
« TMS Pros Diagnostic »

Raison sociale
Adresse :
Adresse e-mail :@.....
SIREN.....
SIRET :(si plusieurs SIRET demandeurs, compléter le tableau joint)
Code Risque :

Effectif total de l'entreprise (SIREN) :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Fonction* :

Déclare sur l'honneur :

- que le Document Unique d'évaluation des risques de mon entreprise est mis à jour et qu'il est à la disposition du service prévention de ma caisse régionale (Carsat, Cramif pour l'Île de France ou CGSS pour les DOM)
- que – le cas échéant – les institutions représentatives du personnel de mon établissement ont été informées de la démarche engagée pour bénéficier de cette aide financière nationale simplifiée
- que mon entreprise adhère à un Service de Santé au Travail nommé :
- que mon entreprise est à jour de ses cotisations URSSAF au titre des établissements implantés dans la circonscription de la caisse.
- avoir communiqué les critères du §3 des conditions générales à l'entreprise émettrice du devis ;
- avoir pris connaissance des conditions générales d'attribution de l'aide « TMS pros Diagnostic » et les accepter ;
- que le cumul des aides publiques ne dépasse pas 70 % de l'investissement.

Je vous adresse l'attestation sur l'honneur dûment remplie par le prestataire externe s'engageant à respecter les principes méthodologiques de l'AM-RP relatifs à la prévention des TMS.

Je vous adresse la copie du (des) devis ou bon(s) de commande détaillé(s), nécessaire(s) pour la **réservation** de mon aide (cf. § 9 des conditions générales d'attribution).

Ou

Je vous adresse la copie du (des) bon(s) de commande détaillé(s), nécessaire(s) pour la demande d'aide, ainsi que les pièces justificatives pour le **versement** de l'aide (cf. § 10 des conditions générales d'attribution)

Je souhaite bénéficier de l'aide financière pour plusieurs établissements de mon entreprise (formulaire de réservation complémentaire rempli et joint à ce formulaire).

Fait àle --/--/201..

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise

**FORMULAIRE DE RESERVATION COMPLEMENTAIRE
DEMANDE D'AIDE POUR PLUSIEURS ETABLISSEMENTS
D'UNE MÊME ENTREPRISE**

SIRET	Adresse SIRET	Type d'investissement	

MODELE D'ATTESTATION DES COMPETENCES DU PRESTATAIRE

Raison sociale du prestataire :.....

Siret :.....

Je soussigné(e) :.....

Nom :.....

Prénom :.....

Fonction* :.....

déclare sur l'honneur :

- être inscrit sur la liste des intervenants proposés par la CARSAT, la CRAMIF ou de la CGSS,
ou
- être consultant inscrit comme Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)
auprès de la DIRECCTE, ou
- être intervenant dans le dispositif ADAPT de l'OPPBTP, ou encore
- être chargé de mission ARACT.

Je m'engage sur l'honneur à respecter et à mettre en œuvre les principes méthodologiques de l'Assurance Maladie Risques Professionnels relatifs à la prévention des TMS¹.

Je joins un devis détaillé présentant :

- o la méthode,
- o les outils,
- o les modalités de l'intervention en entreprise,
- o la durée de la prestation,
- o le coût de la prestation,
- o les documents livrables à l'entreprise au cours et à l'issue de la prestation.

Fait àle --/--/20..

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise prestataire

*Attestation obligatoirement signée par l'un des représentants légaux de l'entreprise

¹ Pour prendre connaissance de ces principes, consulter le site internet tmspros.fr et les documents « Valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention », INRS – [ED 902](#) ; « Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur (TMS-MS) Guide pour les préventeurs », INRS – [ED 957](#)