

# FORMULAIRE DE RESERVATION

## DEMANDE DE SUBVENTION PREVENTION TPE « SILENCE + »

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<sup>1</sup> : .....

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 la Carsat Midi-Pyrénées.
- 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.
- 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 « Silence + » et les accepter.
- que le cumul des aides publiques ne dépasse pas 70 % de l'investissement.
- que dans le cas de l'achat de soufflettes, mon entreprise respecte la mesure obligatoire du §7 des conditions générales.

Je vous adresse la copie du (des) devis ou bon(s) de commande détaillé(s), nécessaire(s) pour la **réserve** 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).

La date prévue de fin de réalisation des investissements est : ..... / ..... / .....

J'ai eu connaissance de votre dispositif par :  Mon Service de Santé  La Carsat  La M.S.A.

La D.I.R.E.C.C.T.E.  L'O.P.P.B.T.P.  Autre, préciser : .....

Fait à ..... le \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Signature obligatoire et cachet de l'entreprise

<sup>1</sup>Attestation obligatoirement signée par l'un des représentants légaux de l'entreprise

