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

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

Effectif total de l'entreprise (SIREN) :
Activité de l'entreprise :

Je soussigné(e)

Nom :
Prénom :
Fonction* :

Déclare sur l'honneur :

- que le document unique d'évaluation des risques (DUER) de mon entreprise a été mis à jour le 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). Pour rappel, ce document peut être réalisé en utilisant les outils d'aide à l'évaluation des risques préconisés par l'Assurance Maladie – Risques Professionnels (OIRA, outil OPPBTP, ...).
- 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 --/--/20..

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise

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

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

SIRET	Adresse SIRET	Type d'investissement		Date de la dernière mise à jour du DUER

DOCUMENT TYPE RELATIF A LA REALISATION DU DIAGNOSTIC ET DU PLAN D' ACTIONS

Raison sociale
Adresse :
Adresse e-mail :@.....
SIREN..... (N° agrément préfectoral ou autre si nécessaire).....

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Fonction* :

Déclare sur l'honneur avoir confié la réalisation du diagnostic des situations de travail et du plan d'action issu de ce diagnostic, objets de la présente aide financière simplifiée à :

Un salarié compétent de l'entreprise.

- Nom :
- Prénom :
- Fonction:.....
- Compétences en prévention des TMS :

Un prestataire externe

- Nom :
- Prénom :
- Fonction :
- Entreprise :
- Compétences en prévention des TMS :

Le diagnostic et le plan d'action ont été réalisés dans le respect des principes méthodologiques de l'Assurance Maladie - Risques Professionnels relatifs à la prévention des TMS¹. Ils doivent conduire à la réduction des contraintes physiques des situations de travail concernées, en particulier lors de manutentions manuelles de charges, d'efforts répétitifs ou de postures contraignantes.

Sollicite l'aide pour les investissements mentionnés dans le tableau ci-après :

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 musculo squelettiques du membre supérieur (TMS-MS) Guide pour les préventeurs », INRS – [ED 957](#)

Acquisition d'équipements adaptés, changement d'organisation du travail, adaptation d'un poste, formations adaptées pour les salariés concernés	Coût Unitaire HT	Nombre D'unités	TOTAL
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
€	€		€
Montant total investi HT (2000 HT minimum)			€
Aide financière = 50% du montant total investi HT (sauf leasing)			€

Fait àle --/--/20..

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise

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