

FORMULAIRE DE RESERVATION / DEMANDE D'AIDE

Raison sociale :

N° SIREN : N° SIRET :

Adresse du siège :

Adresse e-mail :@.....

Code Risque : 50.1 ZA 50.1 ZB 50.1 ZC 50.2 ZH
 74.1 GB 74.2 CB 74.3 BA

Effectif total de l'entreprise (SIREN) :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Fonction * :

déclare sur l'honneur :

- que le Document Unique 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 :
- avoir communiqué les cahiers des charges de l'Assurance Maladie – Risques Professionnels à l'entreprise émettrice du devis ;
- avoir pris connaissance des conditions générales d'attribution de l'aide « airbonus » et les accepter ;
- que le cumul des aides publiques ne dépasse pas 70 % de l'investissement.

Je vous adresse la copie du (des) devis ou bon(s) de commande détaillé(s), conforme(s) aux cahiers des charges transmis, nécessaires pour la **réservation** de mon aide.

Ou

Je vous adresse la copie du (des) bon(s) de commande détaillé(s), conforme(s) aux cahiers des charges transmis, nécessaires pour la demande d'aide, ainsi que les pièces justificatives pour le **versement** de l'aide.

Je souhaite bénéficier de l'aide financière pour plusieurs établissements de mon entreprise (compléter le modèle d'attestation en page 8).

Ce devis concerne :

- un nouveau système de captage des gaz (Garage et centre de contrôle technique VL uniquement)
- une rénovation d'une ou plusieurs parties d'un système de captage des gaz existant
- une cabine en surpression (centre de contrôle technique PL uniquement)
- un système de ventilation générale mécanisée

Fait àle --/--/201..

Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise

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

MODELE ATTESTATION SUR L'HONNEUR**A REMPLIR POUR CHAQUE ETABLISSEMENT**

Raison sociale

Adresse :

Adresse e-mail :@.....

Siret..... N° agrément préfectoral :

Code Risque : 50.1 ZA 50.1 ZB 50.1 ZC 50.2 ZH
 74.1 GB 74.2 CB 74.3 BA

Effectif total de l'établissement (SIRET) : de l'entreprise (SIREN) :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Fonction :

déclare sur l'honneur que :

- les salariés de mon établissement ont bénéficié d'une information aux risques liés aux gaz et fumées d'échappement,
- les salariés de mon établissement ont bénéficié d'une formation à l'utilisation de la solution technique retenue en s'appuyant sur un mode opératoire écrit,
- l'installation technique en service dans l'établissement présente les caractéristiques suivantes validées avec le fournisseur sélectionné :

Pour un système d'extraction des gaz (nouveau ou rénovation)

Performances aérauliques	Valeurs Recommandées	Valeurs Mesurées	Conformité au cahier des charges ¹
Capteur enveloppant Débit (en m ³ /h)	<input type="checkbox"/> Pour VL (<3.5T) > 400 (+/- 10 %) <input type="checkbox"/> Pour PL (>3.5T) >1000 (+/- 10%)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Capteur distant Débit (en m ³ /h)	<input type="checkbox"/> Pour VL (<3.5T) > 1000 (+/-10%) <input type="checkbox"/> Pour PL (>3.5T) >2000 (+/- 10%)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vitesse d'air dans les tuyaux (en m/s)	< 15 (+/- 2 m/s)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Performances acoustiques	Valeurs recommandées	Valeurs Mesurées	Conformité au cahier des charges ¹
Bruit de l'installation au niveau du poste de travail (capteur)	< 75dBA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres caractéristiques techniques	Caractéristiques recommandées		Conformité au cahier des charges ¹
Localisation des rejets	Rejet à l'extérieur par un conduit fixe, positionné à distance des entrées d'air du bâtiment (ex : sortie verticale située au-dessus du toit)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commande du dispositif	Présence d'un dispositif d'arrêt et de mise en marche facile d'accès (ex : interrupteur à proximité du poste de contrôle, télécommande,...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DOSSIER D'INFORMATION

Dossier d'installation	Dossier d'installation transmis à l'entreprise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------------	--	---

Pour une cabine en surpression (centre PL) :

ITEM du CDC pour une cabine pressurisée (centre PL)	Valeurs recommandées	Valeurs Mesurées	Conformité au cahier des charges ¹
Débit (en m ³ /h)	100 (+/- 10 %)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Apport d'air neuf extérieur ²	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Filtre type H13	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etanchéité et mise en surpression de la cabine (au fumigène)	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

¹ cahier des charges réalisé par l'Assurance Maladie – Risques Professionnels et l'INRS, disponible sur www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-aides-financieres/airbonus-et-si-vous-changez-d-air.php

² Une cabine pressurisée sans apport d'air neuf extérieur au centre de contrôle technique n'est pas financée

Pour une ventilation générale mécanisée

	Valeur recommandée	Valeur Mesurée	Conformité
Taux de renouvellement d'air du local (en nb/h)	>= 5		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Les mesures et vérifications techniques ont été réalisées par (nom et adresse de l'entreprise) :

.....

Fait àle --/--/201..

Cachet et signature du garage ou du centre de contrôle technique.