



FORMULAIRE DE RESERVATION/ DEMANDE D'AIDE

Raison sociale.....

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :

SIREN..... SIRET.....

Code Risque : 203ZD 203ZE 204ZF 204ZH 205AE 361AF
 361CF 361GB 361EF 361MC 366EU 452JD
 453AE 454CE 454DD 454LD 748KD

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'Ile 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 est à jour de ses cotisations URSSAF au titre de ses établissements implantés dans la circonscription de la caisse
- que mon entreprise adhère à un Service de Santé au Travail nommé :
.....
- avoir pris connaissance des conditions énoncées, dans la notice Afs réseaux d'aspiration pour machines traditionnelles et dans la notice générale, 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 critères définis dans la notice AFS réseaux d'aspiration pour machines traditionnelles, nécessaire(s) pour la **réservation** de mon aide.

Fait àle Signature obligatoire* et cachet de l'entreprise