



Embauche complémentaire pour les conseillers en prévention 2020-2021

FORMULAIRE DE DEMANDE

A rentrer pour le 15 juin 2020 au plus tard

1. COORDONNEES DE L'ASSOCIATION :

| | |
|--|------------------------------|
| Nom de l'association : | |
| Adresse : | |
| Nombre total de travailleurs salariés: | En Equivalents Temps Plein |
| Nombre de salariés sous subside cohésion sociale : | En Equivalents Temps Plein : |

2. PERSONNE DE CONTACT :

| | | |
|------------|------------|-------------|
| Nom : | Prénom : | Téléphone : |
| Fonction : | Courriel : | @ |

3. PROFIL DU CONSEILLER EN PREVENTION

| | |
|--|---|
| Nom : | Prénom : |
| Fonction principale : | Fait-elle(il) partie du personnel de direction : oui ¹ – non |
| Courriel : | Téléphone : |
| Depuis quand exerce-t-elle (il) cette fonction auprès de l'employeur concerné ? | |
| Dispose-t-elle (il) de l'attestation de conseiller en prévention de niveau de base : oui – non | |
| Si non, programmation de la formation en 2020 : | |
| Au moment de la demande : - temps de travail total: - % de temps de travail dédié à la fonction de conseiller en prévention | |

4. MOTIVATIONS DE LA CANDIDATURE

4.1. Problématiques liées au bien-être au travail rencontrées dernièrement dans l'association ?

| |
|------------------|
| |
|------------------|

4.2. Avez-vous déjà réalisé une analyse de risques au cours des cinq dernières années ? Si oui quand, avec quel organisme ?

| |
|------------------|
| |
|------------------|

¹ Dans ce cas, les heures complémentaires seront accordées à un autre travailleur

4.3. Quelles sont les problématiques en matière de bien-être au travail sur lesquelles le conseiller en prévention intervient ?

4.4. Quels sont les résultats que vous attendez de l'embauche complémentaire ?

5. MISE EN OEUVRE DE L'EMBAUCHE COMPLÉMENTAIRE

5.1. Nom de la personne qui va bénéficier de l'embauche complémentaire :

.....

Sa fonction et son régime de travail actuel :

S'agit-il du conseiller en prévention ?

5.2. OUI :

5.3. NON, car le conseiller en prévention est, au moment de la demande, membre de la Direction. Précisez comment la personne bénéficiant de l'embauche complémentaire va au départ prendre en charge certaines tâches de la fonction de conseiller en prévention :

.....

.....

5.4. NON car le conseiller en prévention travaille déjà à temps plein (ou ne veut pas augmenter son régime de travail).

Précisez comment la personne bénéficiant de l'embauche complémentaire va alléger la charge de travail du conseiller en prévention (de sorte que le conseiller en prévention puisse davantage se consacrer à la fonction de conseiller en prévention) :

.....

.....

5.5. Volume de temps de travail dédié à la fonction de conseiller en prévention pour lequel un financement est demandé² :

Motivations du volume de temps de financement:

.....

.....

6. MONTANT DE L'EMBAUCHE COMPLÉMENTAIRE

6.1 Coût salarial (incluant pécule de vacances et prime de fin d'année) demandé pour la durée totale de l'embauche complémentaire :

Coût salarial par heure (incluant pécule de vacances et prime de fin d'année) :

6.2 Temps de formation (concernant la fonction de conseiller en prévention):

Nombre d'heures de formation :

Total heures : x coût salarial/heure :€

6.3 MONTANT TOTAL DE L'EMBAUCHE :

² En pourcentage d'un ETP ou en nombre d'heures par semaine

7. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU CAHIER DES CHARGES

7.1. Résumé du cahier des charges

1. Affecter le temps de travail supplémentaire financé aux activités de conseiller en prévention (joindre une copie de l'avenant au contrat de travail reprenant le temps du travailleur dédié à sa fonction de conseiller en prévention dans le mois qui suit l'accord de l'ABBET)
2. Avoir suivi une formation de base de conseiller en prévention ou la suivre dans les trois mois qui suivent le début du financement.
3. Ne pas faire partie du personnel de direction
4. Entamer une analyse participative des risques dans les 9 mois qui suivent le début du financement
5. Transmettre le plan annuel d'action défini suite à l'analyse de risques ainsi que le plan global de prévention actualisé
6. Participer aux interventions entre conseillers en prévention organisées par l'ABBET
7. Transmettre un rapport financier concernant l'année 2020 pour le 31 janvier 2021
8. Réaliser un rapport final au plus tard un mois après la fin du financement

7.2. Positionnement de l'association quant au respect de ce cahier des charges

- Accord de principe
- Ou difficultés pressenties quant à l'un ou l'autre aspect :

| |
|--|
| |
|--|

8. CONSULTATION DU PERSONNEL ET CONCERTATION PARITAIRE

8.1. En cas de présence dans votre association d'une délégation syndicale interne, ou du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT), ou d'un Conseil d'Entreprise (CE),

► veuillez informer l'ensemble du personnel et faire compléter par les délégués syndicaux l'avis suivant :

| AVIS SYNDICAL | | |
|--|--|--|
| NOM et Prénom : | NOM et Prénom : | NOM et Prénom : |
| Mandat: DS <input type="checkbox"/> / CPPT <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/> | Mandat: DS <input type="checkbox"/> / CPPT <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/> | Mandat: DS <input type="checkbox"/> / CPPT <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/> |
| Organisation syndicale CNE <input type="checkbox"/> - SETCa <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/> | Organisation syndicale CNE <input type="checkbox"/> - SETCa <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/> | Organisation syndicale CNE <input type="checkbox"/> - SETCa <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/> |
| Signature : | Signature : | Signature : |

8.2. À défaut de représentants syndicaux au sein de votre association,

► veuillez compléter l'attestation sur l'honneur et envoyer pour information le formulaire de demande aux trois permanents syndicaux de votre secteur par mail avec copie à info@abbet.org.

| ATTESTATION SUR L'HONNEUR |
|--|
| NOM et Prénom du responsable : |
| Atteste que l'ensemble du personnel de l'association a été informé de la demande |
| Signature : |

Date, nom, fonction et signature du responsable de l'association