|  |  |
| --- | --- |
| NOM de la collectivité |  |
| Adresse de la collectivité |  |
| Nom de l’élu référent en Santé Sécurité au Travail |  |
| Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier |  |
| Sujet de la saisine | [ ]  Assistant de Prévention (AP)[ ]  Conseiller de prévention (CP) |
| [ ]  Nomination[ ]  Démission[ ]  Modification d’heures allouées[ ]  Autres : ................................................................................. |
| Nom de l’assistant de prévention (AP) ou du conseiller de prévention (CP) |  |
| [ ]  Titulaire | [ ]  Stagiaire | [ ]  Contractuel | [ ]  Autre : ........................ |
| Fonctions occupées  |  |
| Fonctions d’encadrement | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si oui, indiquer le nombre d’agents concernés : .................................. |
| Date de formation préalable effectuée ou prévue |  |
| Y-at-il d’autres AP dans la collectivité ? | [ ]  Oui [ ]  NonSi oui, nom des autres AP :  |
| Document(s) joint(s) | [ ]  Lettre de cadrage remplie[ ]  Arrêté de nomination |

A ........................................, le ..............................

Nom du signataire / Signature / Cachet

**Merci d’envoyer ce document rempli, au format pdf, par mail à :**

instances-paritaires@cdg86.fr