



ASSOCIATION
BRUXELLOISE
POUR LE BIEN-ÊTRE
AU TRAVAIL ABBET

13-15, Square Saintelette - 1000 Bruxelles
Tel : 02/227.62.02
Mail : info@abbet.be
Site Internet : www.abbet.be



13-15, Square Saintelette - 1000 Bruxelles
Tel : 02/227.61.51
Mail : info@isajh.org
Site Internet : www.isajh.org

ACQUISITION DE MATERIEL DE PREVENTION - 2019

FORMULAIRE DE DEMANDE

Dossier à introduire par mail à bet@apefasbl.org

1. Coordonnées de l'organisme qui introduit la demande

Nom:	
Adresse :	
Nombre de travailleurs salariés:	Et en Equivalents Temps Plein :
Numéro de compte IBAN : BE	

2. Personnes de contact

<u>Chargé du suivi de la demande</u>		
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Fonction :	Courriel :	
<u>Conseiller en prévention interne ou externe</u>		
Nom :	Prénom :	Téléphone :
Fonction :	Courriel :	

Le matériel devra améliorer la prévention de la santé ou la sécurité en raison d'obligations légales ou sur base d'une analyse de risques (hors autres possibilités de financement)	Max. 1000€ par institution Accord préalable du Fonds avant l'achat Après analyse de risques réalisée : - avec un organisme extérieur avec attestation à transmettre - en interne avec attestation à transmettre signée par les représentants des travailleurs ou 75% des travailleurs
---	---

3. Description du matériel de prévention

<ul style="list-style-type: none"> • Quel matériel ? Transmettre une fiche descriptive du matériel • A qui et à quoi est-il destiné ? Nombre et fonction(s) du/des bénéficiaires (sauf si concerne l'ensemble des travailleurs) A qui ? A quoi ? • Motivation de la demande d'acquisition : • Quel lien avec une obligation légale ou une analyse de risques ? • Coût du matériel : et montant demandé au Fonds ISAJH <i>NB Veuillez joindre l'offre de prix à ce dossier</i>
--

4. Consultation du personnel et concertation paritaire

4.1. En cas de présence dans votre institution d'une délégation syndicale interne ou du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT),

► veuillez faire compléter l'avis des représentants syndicaux.

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 :

4.2. À défaut de représentants syndicaux au sein de votre institution,

► veuillez compléter la liste des travailleurs au sein de votre institution et faire signer au moins 75 % de ces travailleurs

	Nom	Prénom	Signature
Travailleur de l'institution			

Date, nom, fonction et signature du porteur de projet avec cachet de l'institution :