

 <p>13-15, Square Saintelette - 1000 Bruxelles Tel : 02/227.22.59 Mail : asss@apefasbl.org Site Internet : www.apefasbl.org</p>	 <p>ASSOCIATION BRUXELLOISE POUR LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL ABBET</p> <p>13-15, Square Saintelette - 1000 Bruxelles Tel : 02/227.62.02 Mail : info@abbet.be Site Internet : www.abbet.be</p>	 <p>FONDS SOCIAL</p> <p>13-15, Square Saintelette - 1000 Bruxelles Tel : 02/227.61.51 Mail : info@isajh.org Site Internet : www.isajh.org</p>
---	--	---

Embauche complémentaire pour les conseillers en prévention 2019-2021 Formulaire de demande

Dossier à introduire par mail à bet@apefasbl.org

A rentrer avant le 1^{er} novembre 2019

1. COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR :

Nom de l'asbl:		
Nom du service :	Agrément/sous-secteur:	
Adresse :		
Tel :	Fax :	Courriel :
Code ONSS :	Commission paritaire :	
Au moment de la demande : Nombre de travailleurs salariés : Et en Equivalents Temps Plein :		

2. PERSONNE DE CONTACT :

Nom :	Prénom :	Téléphone :
Fonction :	Courriel :	

3. DIFFÉRENTS SERVICES CONCERNÉS AU SEIN DE L'EMPLOYEUR (ET IMPLANTATIONS) :

Service	Adresse	Activités	Nombre de trav. salariés

4. SERVICE INTERNE POUR LA PREVENTION ET LA PROTECTION AU TRAVAIL (SIPP)

- Le SIPP concerne un seul employeur
- Ou s'agit-il d'un SIPP commun à différents employeurs¹

Liste des employeurs concernés (compléter la page 1 pour chaque employeur)

Employeur	Adresse	ONSS

5. PROFIL DU CONSEILLER EN PREVENTION

Nom : Prénom :

Fonction principale : Fait-elle(il) partie du personnel de direction : oui² – 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 2018-2019 :

Au moment de la demande : - temps de travail total:

- % de temps de travail dédié à la fonction de conseiller en prévention

6. MOTIVATIONS DE LA CANDIDATURE

6.1. Problématiques liées au bien-être au travail rencontrées dernièrement dans le(les) institution(s) ?

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

6.3. Avez-vous déjà réalisé des actions liées au bien-être au travail avec le soutien de l'ABBET ? Si oui pour quelle démarche ?

¹ En application du Code du Bien-être au Travail, livre II, titre 2 relatif à la création d'un service interne commun pour la prévention et la protection au travail

² Dans ce cas, les heures complémentaires seront accordées à un autre travailleur

6.2. Quels sont les problématiques de l'exercice actuel de la fonction de conseiller en prévention rencontrées dans votre institution ?

6.3. Quels sont les résultats que vous attendez du soutien à la fonction de conseiller en prévention ?

7. MISE EN OEUVRE DE L'EMBAUCHE COMPLÉMENTAIRE

7.1. 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 ?

7.2. OUI :

7.3. 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 :

.....

.....

.....

Comment cette personne va, à terme (un an pour la SCP 319.02), exercer la fonction de conseiller en prévention :

.....

.....

.....

7.4. 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) :

.....

.....

.....

7.5. Volume de temps de travail dédié à la fonction de conseiller en prévention pour lequel un financement est demandé³ :

Motivations du volume de temps de financement:

.....

.....

.....

³ En pourcentage d'un ETP

8. MONTANT DE L'EMBAUCHE COMPLEMENTAIRE

- 8.1** 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) :
- 8.2** Temps de formation et d'intervention financé :
- Nombre d'heures de formation :
- Nombre d'heures d'intervention :
- Total heures :x coût salarial/heure : €
- 8.3** MONTANT TOTAL DE L'EMBAUCHE :

9. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT AU CAHIER DES CHARGES

RESUME DU CAHIER DES CHARGES	POSITIONNEMENT DE L'INSTITUTION QUANT AU RESPECT DE CE CAHIER DES CHARGES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Affecter le temps de travail supplémentaire financé aux activités de conseiller en prévention 2. Avoir suivi une formation de base de conseiller en prévention ou la suivre d'ici le 30/6/2020. 3. Ne pas faire partie du personnel de direction (sauf exception – voir détails) 4. Entamer une analyse participative des risques pour le 30/6/2019 5. Transmettre le plan annuel d'action défini suite à l'analyse de risques ainsi que le plan global de prévention actualisé 6. Participer à des interventions organisées dans le cadre du projet, en collaboration avec l'ABBET 7. Participer à l'évaluation du dispositif 8. Réaliser un rapport intermédiaire pour le 15/1/2020 9. Réaliser un rapport final au plus tard 1 mois après la fin de la convention 	<p><input type="checkbox"/> Accord de principe</p> <p><input type="checkbox"/> Ou difficultés pressenties quant à l'un ou l'autre aspect :</p>

10. CONCERTATION PARITAIRE

10.1. Veuillez joindre l'avis des représentants syndicaux :

- en cas de présence dans votre institution d'une délégation syndicale interne (DS interne)
 ou si une délégation syndicale intercentres est compétente pour votre institution (DS intercentres)

AVIS SYNDICAL		Date :
NOM et Prénom	NOM et Prénom	NOM et Prénom
Signature	Signature	Signature
Mandat : DS Interne <input type="checkbox"/> - DS Inter-Centres <input type="checkbox"/>	Mandat : DS Interne <input type="checkbox"/> - DS Inter-Centres <input type="checkbox"/>	Mandat : DS Interne <input type="checkbox"/> - DS Inter-Centres <input type="checkbox"/>
Organisation syndicale : CSC/CNE <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>	Organisation syndicale : CSC/CNE <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>	Organisation syndicale : CSC/CNE <input type="checkbox"/> - SETCA/FGTB <input type="checkbox"/> - CGSLB <input type="checkbox"/>

10.2. A défaut, veuillez envoyer votre dossier par mail aux permanents syndicaux régionaux (avec le Fonds social concerné en copie) :

Secteur Ambulatoire social santé :

Secteurs	DELEGATION INTER-CENTRES			
	CNE		SETCa	
Santé Mentale	Valérie PIGACHE	Val66.p@gmail.com	Brigitte FURNELLE	brfurnelle@voo.be
	Maria HERERO	maria.herrero@hotmail.com	Marianne DELHAEZ	mariannesyndicat@gmail.com
Planning familial	Lucy GRAUMAN	lucygrauman@gmail.com	Pierre SMETS	pierresmet@skynet.be
			Abder CHAFI	chafider@skynet.be
Maison médicale			Pelodie GUDANSKI	pelodie@gudanski.be
			Encarni BERMUDEZ	encarnibermudez@gmail.com
CASG	Marie-Christine RENSON	mc@assq-wmw.be	Annie MBEMBA	anniearlette@yahoo.fr
	Nitza VASQUEZ	nitzavasquez@gmail.com	Serge PERREAU	serge.perreau@fmm.be
Toxicomanie	Antoine BOUCHER	boucherantoine@hotmail.com	Irma BOZZO	irma@ssq-wmw.be
	Nadine PAGE	nadine.page@enaden.be	Caroline ADAM	caroline@ssq-wmw.be
Autres secteurs	PERMANENTS SYNDICAUX		Nathalie POSKIN	poskinnathalie@hotmail.com
	Germaine NZUANZU	Germaine.nzuanzu@acv-csc.be	Danielle STASSEN	danisaxo@msn.com
	CGSLB : Isabelle JANSSENS : isabelle.janssens@cgslb.be		Monique VANDEWINKENS	monavanwin@hotmail.com

Secteurs Handicap et maison d'accueil :

CNE : Fabien BOUCQUEAU: fabien.boucqueau@acv-csc.be

SETCA : Yves DUPUIS : ydupuis@setca-fgtb.be

CGSLB : Isabelle JANSSENS : isabelle.janssens@cgsלב.be

11. ANNEXES À FOURNIR

- ✓ Attestation de réussite de la formation de conseiller en prévention : si en possession
- ✓ Copie de l'avenant au contrat de travail reprenant le temps du travailleur dédié à sa fonction de conseiller en prévention

Date, nom, fonction et signature du responsable de l'institution (+ cachet).