

FORMULAIRE DE RESERVATION / DEMANDE D'AIDE AIRBONUS

Raison sociale :

Adresse :

Téléphone :

Adresse e-mail :@

SIREN

SIRET (Si plusieurs SIRET demandeurs, compléter le tableau joint)

Code Risque :

Effectif total de l'entreprise (SIREN) :

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Fonction :

Déclare sur l'honneur (toute fausse déclaration est passible de sanctions et du non-paiement de l'aide ou du remboursement de l'aide accordée) :

- que le document unique d'évaluation des risques (DUER) de mon entreprise² a été mis à jour le..... et qu'il est à la disposition du service prévention de ma caisse régionale.
Pour rappel, ce document peut être réalisé en utilisant les outils d'aide à l'évaluation des risques préconisés par l'Assurance Maladie – Risques Professionnels (OIRA, outil OPPBTP, ...).
- 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 adhère à un service de santé au travail nommé :
.....
- que mon entreprise est à jour de ses cotisations URSSAF au titre des établissements implantés dans la circonscription de la caisse.

² Pour les entreprises multi-établissements, se reporter au formulaire de réservation complémentaire

- avoir communiqué le cahier des charges de l'Assurance Maladie – Risques professionnels à l'entreprise émettrice du devis ;
- avoir pris connaissance des conditions générales d'attribution de l'aide « Airbonus » 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 en § 3 des conditions générales et au cahier des charges, nécessaire(s) pour la réservation de mon aide (cf. § 9 des conditions générales d'attribution).

Ou

Je vous adresse la copie du (des) bon(s) de commande détaillé(s), conforme(s) aux critères définis en § 3 des conditions générales et au cahier des charges, nécessaire(s) pour la demande d'aide, ainsi que les pièces justificatives pour le versement de l'aide (cf. § 10 des conditions générales d'attribution).

Je souhaite bénéficier de l'aide financière pour plusieurs établissements de mon entreprise (formulaire de réservation complémentaire rempli et joint à ce formulaire).

Ce devis :

Un système d'extraction des gaz et fumées d'échappement avec des capteurs adaptés à l'activité.

Un remplacement de l'extracteur et/ou du capteur d'un système d'extraction des gaz et fumées d'échappement existant.

Une cabine en surpression.

Fait àle/..../2019

Signature obligatoire³ et cachet de l'entreprise

³ Attestation obligatoirement signée par l'un des représentants légaux de l'entreprise

FORMULAIRE DE RESERVATION COMPLEMENTAIRE

DEMANDE D'AIDE POUR PLUSIEURS ETABLISSEMENTS D'UNE MEME ENTREPRISE

SIRET	Adresse SIRET	N° agrément (si concerné)	Type d'investissement	Date de dernière mise à jour du DUER

MODELE D'ATTESTATION SUR L'HONNEUR

⇒ A REMPLIR POUR CHAQUE ETABLISSEMENT

Raison sociale :

N° SIREN : N° SIRET :

Adresse du siège :

Adresse e-mail :@.....

Code Risque :

Activité de l'entreprise :

Effectif total de l'établissement (SIRET) :

de l'entreprise (SIREN) :

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Fonction :

Déclare sur l'honneur que :

- les salariés de mon entreprise ont bénéficié d'une information aux risques liés aux gaz et fumées d'échappement,
- les salariés de mon entreprise ont bénéficié d'une formation à l'utilisation de la solution technique retenue en s'appuyant sur un mode opératoire écrit,
- l'installation technique en service dans l'établissement présente les caractéristiques suivantes validées avec le fournisseur sélectionné : (voir pages suivantes).

Fait àle/..../2019

Signature obligatoire⁴ et cachet de l'entreprise

⁷ Attestation obligatoirement signée par l'un des représentants légaux de l'entreprise

POUR UN SYSTEME D'EXTRACTION DES GAZ (NOUVEAU OU RENOVATION)

PERFORMANCES AERAULIQUES	Valeur Recommandée	Valeurs Mesurées	Conformité au CDC de l'AM-RP ⁵
<u>Capteur enveloppant</u> Débit (en m ³ /h)	<input type="checkbox"/> Pour VL (<3.5T) > 400 (+/- 10 %) <input type="checkbox"/> Pour PL (>3.5T) >1000 (+/- 10%)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Capteur distant</u> Débit* (en m ³ /h)	<input type="checkbox"/> Pour VL (<3.5T) > 1000 (+/-10%) <input type="checkbox"/> Pour PL (>3.5T) >2000 (+/- 10%)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PERFORMANCES ACOUSTIQUES	Valeur recommandée	Valeurs Mesurées	Conformité au CDC de l'AM-RP ¹
Bruit de l'installation au niveau du poste de travail (capteur)	< 75dBA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AUTRES CARACTERISTIQUES TECHNIQUES	Caractéristiques recommandées		Conformité au CDC de l'AM-RP ¹
Localisation des rejets	Rejet à l'extérieur par un conduit fixe, positionné à distance des entrées d'air du bâtiment (ex : sortie verticale située au- dessus du toit)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commande du dispositif	Présence d'un dispositif d'arrêt et de mise en marche facile d'accès (ex : interrupteur à proximité du poste de contrôle, télécommande,...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dossier d'installation	Dossier d'installation a été transmis à l'entreprise		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

⁵ Cahier des charges réalisé par l'Assurance Maladie – Risques professionnels et l'INRS, disponible sur le site www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-aides-financieres/

POUR UNE CABINE EN SURPRESSION (CENTRE PL)

ITEM DU CDC POUR UNE CABINE PRESSURISEE	Valeur recommandée	Valeurs Mesurées	Conformité au CDC de l'AM-RP ¹
Débit* (en m ³ /h)	100 (+/- 10%)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Apport d'air neuf extérieur ⁶	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Filtre type H13	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etanchéité et mise en surpression de la cabine (au fumigène)	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Les mesures et vérifications techniques ont été réalisées par (nom et adresse de l'entreprise) :

.....
.....

Fait à le/..../2019

Cachet et signature de l'établissement

⁶ Une cabine pressurisée sans apport d'air neuf extérieurs au centre de contrôle technique n'est pas financée.