

Annexe C de la convention unique en santé et sécurité au travail

Ce document est à compléter et à retourner au secrétariat de la cellule SCT :

- pour les collectivités de +50 agents à la signature de la convention et en cas de changement du nombre de jours d'intervention convenu avec l'ACFI (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection en Santé et Sécurité au Travail)
- pour les collectivités de -50 agents lors de la sollicitation d'un ACFI

Rappel : Seules les prestations réalisées seront facturées

Je soussigné(e) :

Mme/M....., autorité territoriale ou son représentant

Nom collectivité ou établissement :

confirme l'intervention de l'ACFI conformément aux modalités indiquées dans la convention, pour les missions et quotités annuelles suivantes :

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Inspection en santé et sécurité au travail
<i>(comprend le travail préparatoire, la visite, la rédaction du rapport et le déplacement)</i> | _____ jour(s) |
| <input type="checkbox"/> Participation au CHSCT
<i>(minimum 3 séances ordinaires annuelles)</i> | _____ jour(s) |
| <input type="checkbox"/> Avis spécifique
<i>(ex : projets d'aménagement en phase conception, analyse de documents...)</i> | _____ jour(s) |
| <input type="checkbox"/> Expertise et question technique
<i>(ex : accompagnement dans la démarche d'analyse d'accident, étude de poste...)</i> | _____ jour(s) |
| <input type="checkbox"/> Réunion
<i>(ex : point organisationnel, commissions...)</i> | _____ jour(s) |
| <input type="checkbox"/> Action de sensibilisation/formation | _____ jour(s) |
| <input type="checkbox"/> Autre : | _____ jour(s) |

Interlocuteur en charge du sujet : Mme/M. :

Mail : tel. :

Fait le

**Cachet et signature de l'autorité territoriale,
ou son représentant**