1. **Fonds de la Formation Continuée des travailleurs de l’ISP bruxelloise**
2. C/o FeBISP Cantersteen, Galerie Ravenstein 3, boîte 4 – 1000 Bruxelles
3. Tél : 02 537 72 04 – Courriel : **ngo@febisp.be**
4. **Site Web : http://www.febisp.be**

**Le FFCISP en collaboration avec l’ABBET**

**FORMULAIRE N°1 –**

**Date limite d’introduction au 21/09/2020**

**Analyse de Risques - 2020**

**1. Coordonnées de l’association :**

|  |
| --- |
| Nom:  Adresse :  Nombre de travailleurs salariés: Et en Equivalents Temps Plein : |

**2. Personnes de contact :**

|  |
| --- |
| Chargé du suivi de la demande  Nom : Prénom : Téléphone :  Fonction : Courriel : @  Conseiller en prévention  Nom : Prénom : Téléphone :  Fonction : Courriel : @ |

**3. Personnel participant activement à l’analyse de risques :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom travailleur** | **Prénom travailleur** | **Fonction exercée** | **Echelon barémique**[[1]](#footnote-1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Nom travailleur** | **Prénom travailleur** | **Fonction exercée** | **Echelon barémique**[[2]](#footnote-2) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

x

**4. Description et objectifs de l’analyse :**

|  |
| --- |
| 4.1. Motivation de l’analyse de risques[[3]](#footnote-3) :  4.2. Intitulé :  4.3. Contenu :  4.4. Méthode utilisée : |

**5. Identification du prestataire et données financières**

5.1. Nom de l’organisme prestataire :

5.2. Nom du prestataire :

5.3. Date de début : -Date de fin :

5.4. Nombre d’heures prévues au sein de l’association :

5.5. Coût de l’analyse de risques : -Montant demandé au FFCISP :

5.6. Numéro de compte de l’organisme prestataire :

**L’intervention porte uniquement sur les frais d’un prestataire avec un montant plafonné à 1.350 € par association et à 100 € par heure.**

**6. Consultation du personnel et concertation paritaire**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 6.1. En cas de présence dans votre dans votre association d’une délégation syndicale interne, ou du Comité de Prévention et de Protection au Travail (CPPT), ou d’un Conseil d’Entreprise (CE),  ► veuillez informer l’ensemble du personnel et faire compléter par les représentants syndicaux l’avis suivant : | | |  |
| **AVIS SYNDICAL** | | |  |
| NOM et Prénom : | NOM et Prénom : | NOM et Prénom : |  |
| Mandat: DS ☐ / CPPT ☐ / CE ☐ | Mandat: DS ☐ / CPPT ☐ / CE ☐ | Mandat: DS ☐ / CPPT ☐ / CE ☐ |
| Organisation syndicale  CNE ☐ - SETCa ☐ - CGSLB ☐ | Organisation syndicale  CNE ☐ - SETCa ☐ - CGSLB ☐ | Organisation syndicale  CNE ☐ - SETCa ☐ - CGSLB ☐ |
| Signature : | Signature : | Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| 6.2. À défaut de représentants syndicaux au sein de votre association,  ► veuillez compléter l’attestation sur l’honneur (ci-après) et envoyer pour information le formulaire de demande aux trois permanents syndicaux[[4]](#footnote-4) de votre région soit par mail (avec copie à [ngo@febisp.be](mailto:ngo@febisp.be)) | |
|  | **ATTESTATION SUR L’HONNEUR** |  |
| NOM et Prénom de l’employeur : |
| Atteste que l’ensemble du personnel de l’association a été informé de la demande |
|  | |

**7. RGPD**

|  |
| --- |
| En vertu du Règlement européen pour la protection des données (RGPD), les données personnelles des bénéficiaires des actions en matière de bien-être au travail (BET) que vous communiquez sont utilisées exclusivement pour la justification auprès de la COCOF et d’ACTIRIS.  Vous êtes tenu d’informer les bénéficiaires des actions en matière de BET qu’ils peuvent à tout moment consulter leurs données personnelles, en demander la rectification en cas d’erreur ou en demander la suppression en vertu de votre droit à l’oubli. |

**8. Mise en concurrence**

Nous vous rappelons que les asbl sont tenues de respecter la mise en concurrence des offres de formation / prestations pour les demandes d’intervention au Fonds. (Selon la législation en matière de marchés publics)

**9. Liste des documents à annexer**

|  |
| --- |
| 9.1. CV du prestataire extérieur  9.2. Offre de service de l’organisme |

**Date, nom et signature de l’employeur avec cachet de l’association :**

1. 1 – 2 – 3 – 4.1 – 4.2. – 5 – 6 [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 – 2 – 3 – 4.1 – 4.2. – 5 – 6 [↑](#footnote-ref-2)
3. Exemple : injonction du Contrôle du Bien-être, demande d’intervention formelle, mise en place d’une politique de BET, etc. [↑](#footnote-ref-3)
4. Marina Künzi ([marina.kunzi@acv-csc.be](mailto:marina.kunzi@acv-csc.be)) - Isabelle Janssens ([isabelle.janssens@cgslb.be](mailto:isabelle.janssens@cgslb.be)) - Roland Speeckaert ([rspeeckaert@setca-fgtb.be](mailto:rspeeckaert@setca-fgtb.be)) [↑](#footnote-ref-4)