## NOM et ADRESSE de la COLLECTIVITE TERRITORIALE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SAISINE DE LA FORMATION SPÉCIALISÉE EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (FSSSCT) INTERCOLLECTIVITÉS POUR LA NOMINATION D’UN**

[ ]  **ASSISTANT DE PRÉVENTION** [ ]  **CONSEILLER DE PRÉVENTION**

Conformément à l’article L812-1 du Code général de la fonction publique et à l’article 4 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié, je sollicite l’avis de la FSSSCT sur mon intention de nommer un assistant de prévention ou conseiller de prévention. (*L’accord écrit de l’agent désigné assistant de prévention ou conseiller de prévention n’est plus un préalable à la nomination en raison de l’évolution législative. Il n’en demeure pas moins que la concertation avec l’agent est conseillée pour la bonne réalisation de la mission).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom-Prénom** : ………………………………………………………………… | **Grade** : …………………………………………………… | **Fonction** : ………………………………………… |

Coordonnées de l’assistant/conseiller de prévention (adresse mail professionnelle et tél) : …………………………………………………………………………………………………

Formation initiale des assistants ou conseillers de prévention dispensée le : ……………………………………………. par l’organisme : …………………………………………………

Cette nomination faite suite au remplacement d’un assistant ou d’un conseiller de prévention :

[ ]  Oui, remplacement de l’assistant/conseiller de prévention : Nom-Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………..

[ ]  Non

Effectif total de la collectivité/établissement : ………………………………agents (titulaires, stagiaires, agents non titulaire)

En vertu de l’article 4-2 du décret n° 85-603, l’assistant de prévention et/ou conseiller de prévention bénéficiera d’un droit d’accès aux locaux relevant de l’aire de compétence géographique de la collectivité et d’un minimum de **………... heures** par mois pour l’exercice des missions. En cas de nécessité, j’autorise les représentants du CDG à contacter l’assistant de prévention et/ou le conseiller de prévention de ma collectivité/établissement, afin de faciliter et optimiser l’exercice de cette mission.

Les moyens matériels nécessaires suivants seront mis à la disposition de chaque assistant de prévention et/ou conseiller de prévention (ex : ordinateur et téléphone portable, véhicule, registre…) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

JOINDRE AVEC CET IMPRIMÉ :

* LE PROJET DE LA LETTRE DE CADRAGE
* LE PROJET D’ARRÊTÉ DE NOMINATION

 Fait à ………………………………………… le ……………………………… Signature de l’autorité territoriale