|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM de la collectivité |  | | | |
| Adresse de la collectivité |  | | | |
| Nom de l’élu référent en Santé Sécurité au Travail |  | | | |
| Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier |  | | | |
| Sujet de la saisine | Assistant de Prévention (AP)  Conseiller de prévention (CP) | | | |
| Nomination  Démission  Modification d’heures allouées  Autres : ................................................................................. | | | |
| Nom de l’assistant de prévention (AP) ou du conseiller de prévention (CP) |  | | | |
| Titulaire | Stagiaire | Contractuel | | Autre : ........................ |
| Fonctions occupées |  | | | |
| Fonctions d’encadrement | Oui | | Non | |
| Si oui, indiquer le nombre d’agents concernés : .................................. | | | | |
| Date de formation préalable effectuée ou prévue |  | | | |
| Y-at-il d’autres AP dans la collectivité ? | Oui  Non  Si oui, nom des autres AP : | | | |
| Document(s) joint(s) | Lettre de cadrage remplie  Arrêté de nomination | | | |

A ........................................, le ..............................

Nom du signataire / Signature / Cachet

**Merci d’envoyer ce document rempli, au format pdf, par mail à :**

[instances-paritaires@cdg86.fr](mailto:instances-paritaires@cdg86.fr)