

Attestation pour le financement d'un diagnostic ergonomique à compléter par le prestataire

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Fonction :

Raison sociale :

Siret :

est intervenu pour l'entreprise suivante :

Raison sociale :

Siret :

J'atteste que ma situation correspond à l'un des cas suivants :

- est inscrit sur la liste des intervenants proposée par la CARSAT, la CRAMIF ou la CGSS,
- est ergonomiste au sein d'un service de prévention et de santé au travail,
- est intervenant dans le dispositif ADAPT de l'OPPBTP,
- est chargé de mission ARACT,
- est consultant inscrit comme Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) auprès de la DREETS avec des compétences en ergonomie.

Je déclare sur l'honneur que la personne dont les compétences sont détaillées ci-dessus est bien celle qui réalise le diagnostic et le plan d'action.

Je déclare avoir respecté les exigences définies dans les conditions d'attribution concernant la qualité du diagnostic produit.

Toute fausse déclaration est passible de sanctions et du non-paiement de l'aide ou de son remboursement.

Date de réalisation du diagnostic ergonomique :

Fait à le

Signature obligatoire et cachet
du prestataire