

ATTESTATION D'UN(E) SALARIÉ(E) ÉLOIGNÉ(E)

Veuillez remplir une attestation par salarié

Madame, Monsieur,

Vous avez sollicité une adhésion à notre Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI) pour un ou plusieurs salarié(s) de votre établissement que vous employez sur notre secteur géographique.

Ainsi, nous vous demandons de bien vouloir, conformément au Décret n°2014-423 du 24 avril 2014, nous fournir les éléments suivants :

Nom du Service de Prévention et de Santé au Travail (SPSTI) principal	Adresse du SPSTI principal	Nom du médecin du travail du SPSTI principal

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Concernant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / ____

Adresse postale du salarié : _____ CP / Ville : _____

Poste de travail occupé : _____

Je soussigné(e), représentant légal ou agissant pour le compte de de l'entreprise :

dont le SIRET est : ____ - ____ - ____ - ____

⇒ Atteste que le lieu d'exercice du contrat de travail du salarié nommé ci-dessus est situé en totalité ou en partie sur le territoire de compétence géographique et professionnelle du SATM (Département de la Mayenne)

Nom et adresse complète de l'entreprise où intervient le salarié	Secteur d'intervention pour salarié itinérant

OU

⇒ Atteste avoir pris l'avis du CSE ou des représentants du personnel en date du __/__/____

⇒ Si votre entreprise n'a pas d'instance CSE ou représentant du personnel, cochez la case : ☐

⇒ M'engage à transmettre la dernière fiche entreprise réalisée le __/__/____ par le SPSTI principal

⇒ Atteste que les renseignements ci-dessus sont corrects.

Date : __/__/____

Signature du représentant légal + cachet de l'entreprise