**DOSSIER DE CANDIDATURE – Cahier des charges**

**LISTE REGIONALE D’INTERVENANTS**

**PREVENTION DES TMS**

**Liste des Annexes**

**ANNEXE 1 :** Pièces à joindre au dossier de candidature

**ANNEXE 2 :** Fiche synthétique de renseignements de l’organisme candidat

**ANNEXE 3 :** Fiche synthétique de renseignements pour chaque intervenant qui souhaite être référencé

**ANNEXE 1**

**Pièces à joindre au dossier de candidature**

**Pièces administratives (§ C.1 du cahier des charges)**

□ **Extrait K-bis** de l’organisme

*Rappel : pour candidater, l’organisme devra avoir un N° SIRET correspondant à une adresse établie en région ex-Aquitaine (départements 24, 33, 40, 47, 64) ou avoir au minimum un intervenant dont l’adresse professionnelle se situe en région ex-Aquitaine.*

□ **Annexe 2 «**Fiche synthétique de renseignements de l’organisme candidat » ci-dessous dûment complétée et signée

□ **Annexe 3** « Fiche synthétique de renseignements pour chaque intervenant qui souhaite être référencé » ci-dessous dûment complétée et signée pour chaque intervenant candidat

**Pièces techniques (§ C.2 du cahier des charges)**

□ **CV du ou des intervenants,** indiquant les diplômes, compétences et l’expérience professionnelle.

□ **Liste de références d’interventions réalisées** **en prévention des TMS** (conception, aménagement, formation…)

□ **Un ou deux exemples de diagnostics et plans d’action** menés dans des entreprises

□ Eventuellement **support de communication de l’organisme** (plaquette ou autre) présentant la structure, ses domaines d’intervention, ses prestations, les secteurs d’activité privilégiés...

**ANNEXE 2**

**Fiche synthétique de renseignements de l’organisme candidat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom organisme** |  |
| **Raison sociale** |  |
| **Adresse** |  |
| **Site internet** |  |
| **Prénom et Nom de la personne responsable****Mail****Téléphone** |  |
| **Interlocuteur pour ce dossier (si différent)****Mail****Téléphone** |  |
| **N°SIRET** |  |
| **Département(s) d’intervention (*24, 33, 40, 47, 64)*** |  |

Je soussigné(e) :

Responsable de l’organisme candidat :

* déclare sur l’honneur l’exactitude des informations figurant dans le présent dossier de candidature et m’engage à respecter l’ensemble des articles du cahier des charges relatif au référencement des intervenants en prévention des TMS
* autorise la CARSAT Aquitaine à diffuser sur leurs sites internet et auprès des entreprises le nom et l’adresse de l’organisme

Date :

Signature du responsable de l’organisme et cachet de la structure :

**ANNEXE 3**

**Fiche synthétique de renseignements pour chaque intervenant qui souhaite être référencé**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom et Nom de l’intervenant** |  |
| **Organisme** |  |
| **Adresse professionnelle** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Mail** |  |
| **Département(s) d’intervention (*24, 33, 40, 47, 64)*** |  |

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité d’intervenant, pour le compte de **(nom organisme)** …………………………………………….,

accepte que les informations ci-dessus figurent sur la liste des intervenants référencés en prévention des TMS et autorise la CARSAT Aquitaine à diffuser cette liste sur son site internet et auprès des entreprises suivies par les contrôleurs de sécurité.

Je m’engage à respecter les clauses du cahier des charges établi par la CARSAT Aquitaine.

Date :

Signature :