****

Appel à candidatures

en application de la convention signée entre l’OPPBTP et le FNP de la CNRACL

Dossier de candidature

*Ce document vise à permettre l’analyse des dossiers de candidature, la faisabilité et l’opportunité des actions envisagées et moyens mobilisés tout en assurant une vision synthétique des objectifs poursuivis.*

*Il est adossé à l’appel à publicité qui précise les attendus et objectifs de l’appel à manifestation d’intérêt.*

*Ce dossier dûment complété est à transmettre exclusivement au* ***format word par voie dématérialisée à****: David Filippi (CDC, FNP CNRACL) et Carine Janot-Forestier (OPPBTP) :*

david.filippi@caissedesdepots.fr & c.janot.forestier@oppbtp.fr

La date limite de dépôt des dossiers est fixée au **vendredi 9 juin 2023.**

Thématique

[ ]  **Réhabilitation, restauration ou extension d’un bâtiment de type salle polyvalente, maison des associations etc. et impliquant une ou plusieurs TPE du BTP**

[ ]  **Construction neuve d’un équipement public de type maison de santé, parc de loisirs (avec bâtiments)**

Présentation synthétique du projet

Informations administratives

1. **Dénomination et numéro SIRET (principal) de la collectivité ou de l’établissement :**
2. **Effectifs :**
* Nombre total d’agents :
* Nombre d’affiliés CNRACL :
1. **Présentation du projet aux instances (Dates des avis ou dates prévisionnelles de réunion)**
* Date avis du CST :
* Date avis de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (FSSCT) :
1. **Date de la dernière actualisation du document unique :**
2. **Service porteur du projet :**
3. **Chef de projet (nom, fonction, et courriel) :**
4. **Contacts pour la démarche (nom, fonction et courriel) :**

Présentation de l’employeur et des ressources / moyens en prévention

1. **Présentation de l’employeur**
2. **Moyens / ressources en prévention**
	1. **Disposez-vous d’un service interne chargé de la prévention (hygiène/sécurité/santé)**

 Oui [ ]  Non [ ]

* 1. **Disposez-vous en interne des compétences suivantes :**

Assistant / conseiller de prévention : oui [ ]  non [ ]  Si oui combien :

Médecin de prévention : oui [ ]  non [ ]  Si oui combien :

Ergonome : oui [ ]  non [ ]  Si oui combien :

Autres : à préciser (fonction et nombre)

* 1. **Etes-vous adhérent à un service de santé au travail extérieur à votre structure ? :**

 Oui [ ]  lequel :

 Non [ ]

Présentation du projet

1. **Quels sont les objectifs généraux et opérationnels, ainsi que les attendus de votre projet en termes de prévention des risques professionnels ?**
2. **Ce projet s’inscrit-il dans une démarche plus large à l’échelle de l’employeur (réorganisation, mutualisation, déménagement, …) ? Si oui, précisez.**
3. **Durée du projet**
4. **Indiquez les différents éléments de contexte et de diagnostic qui sous-tendent le projet et motivent les objectifs recherchés ?**

*Détailler ici l’environnement dans lequel ce projet s’inscrit, la problématique initiale à laquelle il répond et les différentes actions jusqu’alors mises en œuvre pour faire face aux enjeux, et les articulations pensées (internes et externes).*

1. **Quelles sont les contraintes pesant sur les conditions de réalisation de l’activité de travail des personnels mobilisés/concernés et les risques adossés que vous avez à ce jour identifiés pour cette opération ?**
2. **Acteurs de la démarche : indiquez les fonctions des participants, les missions des différentes instances et leur fréquence**

Chef de projet (missions uniquement) :

Comité de pilotage :

Groupe(s) de travail :

Contributeurs RH

Autres :

1. **Structuration démarche** : merci de préciser la structuration de la démarche ci-dessous.
2. **Calendrier du projet et grandes étapes de mise œuvre** : merci de préciser ci-dessous les grandes phases du calendrier. Vous pouvez également transmettre en complément un planning détaillé.

1. **Acteurs externes**: merci de lister les acteurs externes de votre projet et la contribution attendue de chacun.

**Budget prévisionnel et moyens alloués à la démarche**

Nom de l’employeur

Adresse de l’employeur

**Objet : Lettre d’engagement**

L’amélioration des conditions de travail de nos agents et la prévention des risques professionnels représentent un enjeu majeur pour notre collectivité/établissement.

Afin d’œuvrer à la poursuite de cet objectif, notre collectivité/établissement s’engage, dans le cadre de l’appel à manifestation d’intérêt lancé conjointement par le FNP de la CNRACL et l’OPPBTP :

* à mettre à disposition de l’OPPBTP les données de l’opération (données économiques et comptables exactes ou estimées, éléments de planification et délais, modes opératoires…) au besoin avec l’appui de sa maîtrise d’œuvre et de son coordonnateur SPS. Dans ce cadre, je m’engage à informer les maîtres d’œuvre et coordonnateurs SPS concernés de cette contribution et de faciliter le recueil des données,
* à permettre l’accès aux lieux de travail et l’interrogation des acteurs de l'opération par l’OPPBTP,
* à permettre la publication de l’étude finale issue du projet,
* à alimenter directement ou indirectement la Banque Nationale de Données que la CNRACL met gratuitement à disposition des employeurs par la saisie ou le transfert des données relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) via l’outil PRORISQ.

Dans cette perspective, M. / Mme **XXXXX**, dont le courriel est **xxxxx**, qui sera habilité(e) à Prorisq en qualité d’administrateur référent, est autorisé(e) à accepter, au nom de mon établissement ou ma collectivité, les conditions générales d’utilisation de l’application, le contrat définissant les obligations entre l’employeur responsable de traitement des données et le sous-traitant et d’autoriser les personnes de son choix à accéder aux services proposés par l’outil Prorisq.

J’ai connaissance de mon droit de révoquer à tout moment les droits d’administrateur accordés à la personne désignée ci-dessus et ai pris connaissance des dispositions relatives aux données à caractère personnel et des droits y afférents[[1]](#footnote-1).

J’atteste que notre document unique d’évaluation des risques professionnels a été réalisé en date du **xxxx,** puis mis à jour le **xxxx**.

 Date

 À

 Le représentant légal, (Nom Prénom)

 *Signature*

1. Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique par la Caisse des Dépôts et consignations en qualité de sous-traitant (ci-après désignée « Caisse des Dépôts »). Les données collectées ont pour finalité la gestion des de l’outil PRORISQ. Elles ne seront transmises qu’aux personnes habilitées de ou par la Caisse des Dépôts ou à des tiers légalement autorisés. Les informations recueillies qui seraient signalées avec un astérisque sont obligatoires pour permettre le traitement de votre dossier. Conformément à la réglementation Informatique et libertés vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement des données vous concernant et d’un droit à la limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de faire parvenir à la Caisse des Dépôts des directives spéciales relatives au sort de vos données après votre décès.

Pour exercer vos droits Informatique et libertés, vous pouvez vous adresser à :

mesdonneespersonnelles@caissedesdepots.fr  ou par écrit à l’adresse suivante ; Caisse des Dépôts - Données personnelles - Etablissement de Bordeaux 6, place des Citernes, 33059 Bordeaux Cedex, en joignant toute pièce permettant de justifier votre identité et votre demande.

Nous vous invitons à consulter notre Politique de protection des données à caractère personnel à l’adresse suivante : <https://www.caissedesdepots.fr/donnees-personnelles-et-cookies/notice-information-gestion-des-retraites>.

Si vous avez des questions concernant l’utilisation de vos Données à Caractère Personnel par la Caisse des Dépôts, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données (DPO) en remplissant le formulaire de contact à l’adresse [www.caissedesdepots.fr/protection-des-donnees-personnelles](https://www.caissedesdepots.fr/protection-des-donnees-personnelles).  [↑](#footnote-ref-1)