

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Objet : Lettre d'engagement – Démarche de prévention

Assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des agents dans l'exercice de leurs activités professionnelles représente un enjeu majeur pour notre collectivité/établissement et contribue à son bon fonctionnement.

Afin d'œuvrer à la poursuite de cet objectif, notre collectivité/établissement s'engage dans une démarche participative et dynamique de prévention des risques professionnels, d'acculturation des agents à la santé au travail et d'amélioration des conditions de travail pour **xxxxx** *[nom de la démarche à préciser : risque(s), thématiques(s), service(s) ou métier(s)]*.

Outre la volonté de respecter ses obligations réglementaires, notre collectivité/établissement souhaite faire progresser la connaissance sur les risques auxquels ses agents sont exposés dans le cadre de leur activité ainsi que sur les moyens de les maîtriser. Cette démarche s'inscrit donc dans une logique d'amélioration continue et repose sur une organisation santé sécurité au travail pérenne.

L'ensemble des agents concernés par la démarche y collaborera afin de permettre une analyse des situations réelles de travail et de faciliter la recherche de solutions adaptées aux contraintes de chaque poste ou situation de travail. Pour ce faire les représentants du personnel seront étroitement associés à cette démarche.

Dans cette perspective, notre collectivité/établissement s'engage à utiliser les fonds susceptibles d'être alloués aux seuls projets de prévention identifiés pour ce dispositif.

Notre collectivité/établissement s'engage également à alimenter la Banque nationale de données de sinistralité via l'outil PRORISQ, que la CNRACL met à disposition des employeurs pour la saisie des données relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) sur l'ensemble du périmètre de notre collectivité/établissement.

Lors de l'acceptation des CGU, notre collectivité/établissement est informé que la durée de conservation des données sera à définir et qu'une durée suffisamment longue (par exemple 120 mois) et, dans tous les cas, supérieure à la durée du projet est préconisée par le FNP de la CNRACL.

M. / Mme « *Prénom NOM* », dont les coordonnées mail et téléphonique sont les suivants « **adresse mail** », « tél : 06 **.....** » qui sera habilité(e) à Prorisq en qualité d'administrateur référent, est autorisé(e) à accepter, au nom de mon établissement / 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 afférents¹

J'atteste que notre document unique d'évaluation des risques professionnels a été réalisé en date du **JJ/MM/AA** puis mis à jour le **MM/AA** pour toutes les unités de travail. **[Mention d'une date impérative, les mentions « en cours », « prochainement » ou « régulièrement » ne sont pas recevables]**

Date

À

Le représentant légal, dûment habilité

(Nom Prénom)

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, et d'y joindre 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://retraitesolidarite.caissedesdepots.fr/content/dcp> .

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.