



CONTRAT D'ADHESION SALARIE ELOIGNE

Prévention et santé au travail

Dossier à envoyer complété à :

AIST 84 Service adhérents
CS60033 le Pontet, 84276 Vedène Cedex
ou par email à adherent@aist84.fr

Tout dossier incomplet fera l'objet d'un renvoi

Salarié éloigné : travailleur qui exécute son contrat de travail à distance de l'établissement qui l'emploie, de manière durable, qu'il soit itinérant ou pas, sans établissement secondaire sur le secteur de compétences du service de santé au travail. (Décret 2014-423, pris en application de l'article L.4625-1 du Code du Travail, actualisé par le Décret 2016-1908 relatif à la modernisation de la médecine du travail)

SIEGE SOCIAL

Raison sociale : Entreprise privée : OUI NON
Nature juridique : Entreprise publique :
Activité professionnelle : Territoriale Hospitalière Etat
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax :
Email :
Adresse de facturation (si différente) :
Code postal : Ville :
N° SIRET établissement : Code NAF/APE :
Branche professionnelle : Convention collective :

Adresse du site de travail ou de domicile du/des salariés

Salarié 1, adresse complète :

Salarié 2, adresse complète :

Salarié 3, adresse complète :

Si vous avez d'autres salariés, merci de joindre leur adresse sur papier libre.

Pour que nous puissions savoir qui contacter dans votre entreprise, merci de compléter ce tableau :

	NOM PRENOM	EMAIL	TELEPHONE
Dirigeant(e)			
Référent(e) HSE			
Contact convocations visites médicales			
Comptable			
Référent(e) RH			

PREVENTION

Existe-t-il au sein de votre entreprise ?

- Un Comité Social et Economique OUI NON
 - Un Document Unique d'Evaluation des Risques
 OUI (date de mise à jour) NON
- Merci de le joindre au contrat d'adhésion

Nom du service de santé au travail du siège social :

Téléphone :

Email :

Nom du médecin du travail du siège social :

Téléphone :

Email :

Veuillez joindre impérativement à votre dossier d'adhésion :

- Les fiches de poste des salariés
 - La Fiche d'Entreprise
- Si non fournie (obligation résultant de l'article D.4625-28), merci de compléter l'attestation ci-après*

Je soussigné(e) _____ représentant l'établissement désigné ci-dessus, certifie sur l'honneur que le lieu d'exercice du contrat de travail ou de domicile du(des) salarié(s) pour lesquels j'adhère se trouve sur le secteur de compétences de l'AIST 84, déclare adhérer à l'AIST 84 et m'engage :

- A respecter les obligations résultant des statuts et du règlement intérieur de ladite association. Ces documents sont consultables sur www.aist84.fr
- A verser à l'échéance les cotisations fixées par le Conseil d'Administration représentant les entreprises adhérentes
- A communiquer par écrit à l'AIST 84 toute modification dans le fonctionnement de l'établissement : raison sociale, coordonnées, cessation d'activité, etc.
- **A déclarer, à réception de mes identifiants, l'ensemble de la liste des salariés sur mon espace adhérent [DINAWEB](#).**
- A mettre à jour la liste des salariés sur mon espace adhérent tout au long de l'année.

Les convocations aux visites d'information et de prévention périodiques sont à l'initiative de l'AIST84, les convocations aux autres types de visites (visite initiale, reprise etc...) sont à l'initiative de l'employeur.

Date :

SIGNATURE

CACHET DE L'ENTREPRISE

Dossier à envoyer complété à :
AIST 84 Service adhérents
CS60033 le Pontet, 84276 Vedène Cedex
ou par email à adherent@aist84.fr

Conformément au règlement UE 2016/679 du parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), sur simple justification de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité du traitement en vous adressant par courrier à l'AIST 84.



Prévention et santé au travail

ATTESTATION
DEFAUT DE FICHE D'ENTREPRISE

L'AIST 84 vous informe que vous devez disposer d'une fiche d'entreprise dès lors que l'entreprise emploie au moins un salarié, conformément à l'article D4624-37 du Code du Travail : *pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.*

La fiche d'entreprise doit être communiquée au service de santé au travail de proximité selon l'article D4625-28 du Code du travail.

Je soussigné(e), agissant en qualité de.....de l'entreprise.....dont le siège social est situé à l'adresse suivante :

.....
atteste ne pas être en possession de la fiche d'entreprise pour la raison suivante :
.....
.....

Fait à....., le
Pour valoir ce que de droit.
Signature :