

Demande d'inscription au stage

ROLE ET FONCTIONNEMENT DU CHSCT

Du au

Toutes les informations doivent être portées dans le questionnaire, sinon la demande sera retournée. **Ce document doit être transmis à l'Union départementale et ou à la Fédération signé et daté obligatoirement par le demandeur et par le Secrétaire du syndicat.**

CONDITIONS D'ACCÈS POUR PARTICIPER AU STAGE

Représentant du personnel élu au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ou délégué du personnel investi des missions du CHSCT. La durée du stage est de cinq jours ouvrables qui s'imputent sur les droits au congé de formation économique et sociale et de formations syndicales (art L.4614-14).

Le temps consacré à cette formation est pris sur le temps de travail et rémunéré comme tel (art R.4614-35).

En application de l'article L.4614-16 du Code du Travail, le financement de la formation des représentants du personnel élu au CHSCT est à la charge de l'employeur (art. L. 4614-13 et 14, R. 4614-30, 34 et 35 du Code du travail).

Pour les entreprises **de moins de 300 salariés**, la formation sera **facturée 3 jours** à l'employeur.

Pour les entreprises **de 300 salariés et plus**, la formation sera **facturée 5 jours** à l'employeur.

- **Rémunération de l'organisme de formation** : Trente six fois le montant horaire du SMIC /jour/stagiaire (Art R-4614.34)
- **Frais d'hébergement** (voir arrêté du 3 juillet 2006 JO du 4/07/2006 relatif aux indemnités de mission des fonctionnaires du groupe II) : 60,00 €/jour/stagiaire pour les stages se déroulant à Paris comme en Province ;
- **Frais de repas** : 15,25€/repas/stagiaire,
- **Frais de transport** : tarif de la 2^{ème} classe SNCF. (Entreprise / lieu du stage)

ADRESSE DU STAGIAIRE

NOM : Prénom :

Adresse précise :

Code Postal : Ville :

Téléphone portable :

E-mail :

Date d'adhésion à FO : Date de naissance :

Union départementale :

Fédération :

**A retourner à l'UD
2 mois avant le
début du stage**

NON ET ADRESSE DU LIEU DE TRAVAIL

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone professionnel :

Secteur : Public Privé

FACTURATION

Entreprise de moins de 300 salariés :

Entreprise de 300 salariés et plus :

ADRESSE DE FACTURATION

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone professionnel :

Fonctions électives :

Délégué du personnel (dans une entreprise de moins de 50 salariés)

Membre élu(e) titulaire au CHSCT

Autres :

As-tu déjà participé à des stages ?

oui

non

si oui, précise le ou les stages que tu as déjà effectué(s) :

•	Année :
•	Année :
•	Année :
•	Année :

Joindre **obligatoirement** un RIB original (ou un RIP)

ACCORDS

	Date	Signature ou cachet obligatoire pour UD et ou Fédération
Stagiaire		
Syndicat		
UD et ou Fédération		