​

**LETTRE DE DEMANDE DE PRESTATION**

○ Commune ○ CCAS ○ EPT ○ Département ○ Syndicat ○ autre

**Dénomination exacte :**

Adresse : SIRET :

**Sollicite la prestation :**

***Présentation du contexte de la demande*** (Joindre un organigramme du service ou de la collectivité)

* Expression du besoin :
* Une démarche a-t-elle déjà été engagée ?

Si oui, de quel type ?

* Quelles sont vos attentes ?
* Quelles sont vos contraintes ?
* Effectif concerné :

**Coordonnées de la collectivité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Nom - Prénom** | **Téléphone** | **Mail** |
| **DRH** |  |  |  |

**Coordonnées du référent qui sera en charge du suivi de la prestation :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Nom - Prénom** | **Téléphone** | **Mail** |
|  |  |  |  |

**Coordonnées des acteurs de la prévention présents au sein de la collectivité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Nom - Prénom** | **Téléphone** | **Mail** |
| Médecin du travail |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Assistant social |  |  |  |
| Responsable prévention/ QVCT |  |  |  |
| Conseiller de prévention/ assistant de prévention |  |  |  |

**Fait à Le / /**

**Cachet et signature**

Formulaire à retournerau CIG Petite Couronne – 1 rue Lucienne Gerain, 93698 PANTIN cedex –

Direction de la prévention, de la santé et de l’action sociale au travail ou par mail à [dpsas@cig929394.fr](mailto:dpsas@cig929394.fr)