

**Demande d'inscription au stage**

**ROLE ET FONCTIONNEMENT DU CHSCT**

**Du :** \_\_\_\_\_ **au :** \_\_\_\_\_ **A : VESOUL**

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'ACCES POUR PARTICIPER AU STAGE**

Etre représentant du personnel 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 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<sup>ème</sup> classe SNCF.( Entreprise / lieu du stage)

**ADRESSE DU STAGIAIRE**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Adresse précise :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone personnel :** \_\_\_\_\_

**E-mail :** \_\_\_\_\_

**Date d'adhésion à FO :** \_\_\_\_\_ **N° de Sécurité Sociale :** \_\_\_\_\_

**Union départementale :** \_\_\_\_\_

**Fédération :** \_\_\_\_\_

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

**NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR**

**Nom de l'entreprise :** \_\_\_\_\_

**Adresse :**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Code Postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone professionnel :** \_\_\_\_\_

**Nombre de salariés dans l'entreprise :** \_\_\_\_\_ **Secteur :** Public  Privé

**Fonctions Syndicales :**

Secrétaire de syndicat ou de section syndicale .....	
depuis le <input type="text"/>	
Trésorier de syndicat ou de section syndicale .....	
depuis le <input type="text"/>	
Membre du bureau du syndicat .....	
Membre du bureau ou de la CE de la Fédération de l'UD ou de l'UL .....	
Délégué syndical .....	
Représentant syndical au comité d'entreprise .....	
Représentant syndical au comité central d'entreprise ..	
Représentant syndical au CHSCT .....	
depuis le <input type="text"/>	
Défenseur devant les prud'hommes .....	
Conseiller du salarié .....	
Membre du comité technique paritaire .....	

**Fonctions électorales :**

Délégué du personnel .....	
depuis le <input type="text"/>	
Membre du CE .....	
depuis le <input type="text"/>	
Membre du comité central d'entreprise ...	
Membre du CHSCT .....	
depuis le <input type="text"/>	
Membre du CAP .....	
Membre du CTP .....	
Conseiller prud'homme .....	
Section prud'homale : .....	

Autres :

As-tu déjà participé à des stages ?    oui  non

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

•	Année :

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

**ACCORDS**

	Date	Signature ou <b>cachet obligatoire</b> pour UD et ou Fédération
Stagiaire		
Syndicat		
UD et ou Fédération		