



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION « AMIANTE SPM » POUR LES ETABLISSEMENTS DE MOINS DE 50 SALARIES

## ACCOMPAGNEMENT PREVENTION

Caisse de prévoyance Sociale  
Angle des bds Colmay et Thélot  
97500 Saint-Pierre et Miquelon  
Tél : 0508 41 15 80  
Mail : prevention@secuspm.com

Année 2026

Raison sociale : \_\_\_\_\_

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

SIRET : \_\_\_\_\_

Effectif total de l'établissement à la date de la demande : \_\_\_\_\_

Activité de l'établissement : \_\_\_\_\_

### *Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de l'établissement,*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Déclare sur l'honneur** (toute fausse déclaration est passible de sanctions et du non-paiement de l'aide ou d'indemnité de l'aide accordée) :

- que mon établissement est à jour de ses cotisations auprès du service du recouvrement et relations aux entreprises de la CPS
- avoir pris connaissance des conditions d'attribution de la présente subvention, les accepter et respecter les critères énoncés
- posséder un DUER (à jour pour les entreprises de plus de 10 salariés)
- avoir communiqué pour les investissements concernés le cahier des charges de la CPS aux fournisseurs et prestataires.
- adhérer au service de santé au travail

- avoir un effectif compris entre 1 et 49 salariés
- ne pas avoir bénéficié de 2 aides financières au cours des 5 dernières années
- avoir informé les instances représentatives du personnel de mon établissement de cette démarche
- la formation n'est pas pris en charge par un OPCO ou le crédit d'impôt formation

**Je vous adresse :**

- La copie des facture(s) acquittée(s) mentionnant la conformité au cahier des charges.
- Un RIB
- L'attestation de participation à la formation
- Un certificat de formation, le cas échéant
- Un document présentant la prestation d'accompagnement

**Le montant total des investissements pour lequel je souhaite bénéficier de cette subvention s'élève à :**

\_\_\_\_\_ **€ TTC\***

\*Montant Hors Taxes + frais de douanes + transport

**Fait à**

**Signature et cachet de l'entreprise (obligatoires) :**

**Le**

En application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations collectées via ce formulaire sont exclusivement destinées aux finalités mentionnées pour l'instruction des demandes d'aides financières par la Caisse de Prévoyance Sociale. Ces données seront conservées pour une durée de deux ans.

Vous disposez des droits suivants concernant vos données personnelles : accès, rectification, suppression, limitation et opposition au traitement.

Pour toute question ou demande relative à vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : [dpo@groupe-aesatis.com](mailto:dpo@groupe-aesatis.com) ou [dpo@secuspm.com](mailto:dpo@secuspm.com). En cas de désaccord, vous avez également la possibilité de déposer une plainte auprès de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Partie réservée à l'administration

Date de la réception de la demande

Numéro de la demande

Date de mise en paiement

ACCORD

REFUS