

	PROCESSUS PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE	Date d'édition : 15/10/2024
E.PDP.03.01	Formulaire de saisine de la cellule PDP_Employeur	Page 1 sur 1

Formulaire à compléter et renvoyer à l'adresse mail : pme@efficience-santeautravail.org

Entreprise : Adresse : N° Adhèrent : Votre nom prénom : Votre fonction : Vos Coordonnées : Tel : Mail : Nom de Votre médecin du travail : Est-il informé de la situation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Le bénéficiaire Est-il informé de votre démarche ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom : Prénom : Date de naissance : Coordonnées : Numéro salarié Uegar : Tel : Mail : Fonction : Ancienneté :
---	---

Le bénéficiaire est-il en arrêt de travail : Oui Non

Si oui : date de début de l'arrêt de travail :

Merci d'expliquer le motif de votre démarche en quelques mots : (exemples : freins dans la tenue de son poste, dégradation de la situation de santé repérée...)

Des démarches ont-elles été réalisées ?

Personne à contacter au sein de l'entreprise :

Y-at-il un référent handicap au sein de votre entreprise ? Oui Non

Si oui, a-t-il été informé ? Oui Non

Si oui, ses coordonnées :