

**DIRECTION REGIONALE DE L’ECONOMIE, DE L’EMPLOI, DU TRAVAIL**

**ET DES SOLIDARITES DU GRAND EST**

**Intervenant en Prévention des Risques Professionnels**

* **I P R P -**

**Formulaire de demande de renouvellement d’enregistrement**

[ ]  Personne physique **ou** [ ]  Personne morale

**Nom et Prénom :**

ou

**Raison sociale :** ………………………………………………………………………………………….

**Adresse :**

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse mail :

**Numéro d’enregistrement** en tant qu’IPRP en cours de validité :

**Date de l’enregistrement :**

**Joindre une copie de la décision précédente**

Le dossier à renseigner comportera conformément à l’article D.4644-6 du Code du Travail les éléments et justificatifs suivants :

* Diplômes
* Diplôme d’ingénieur **ou**
* Diplôme sanctionnant au moins deux ans d’études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l’organisation du travail **ou**
* Diplôme sanctionnant au moins trois ans d’études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales
* Les diplômes doivent être liés au travail

**Ou**

* Expérience professionnelle dans le domaine de la prévention des risques professionnels d’au moins cinq ans

 **Et**

* Une déclaration d’intérêts

*La possession d’un diplôme n’exclut pas la présentation d’une expérience professionnelle*

|  |
| --- |
| **1 – QUALIFICATIONS ET FORMATION (D.4644-6 du Code du Travail)** |

Il convient de **justifier** de l’un ou des diplômes suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| Diplômes, titres et certifications | Lieu et date d’obtention |
| Diplôme d’ingénieur |  |
| Diplôme sanctionnant au moins deux ans d’études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l’organisation du travail |  |
| Diplôme sanctionnant au moins trois ans d’études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales  |  |

**\* Les diplômes doivent être liés au travail**

* Joindre en annexe copie (s) de votre (s) diplôme (s).
* Pour les **personnes morales**, produire ces éléments pour **chaque** personne physique amenée à intervenir pour le compte de la personne morale.

 **Ou**

|  |
| --- |
| **2 - EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS D’AU MOINS CINQ ANS** |
| La possession d’un diplôme n’exclut pas la présentation de son expérience professionnelle en matière de prévention des risques.**Ne faire apparaître que les missions en lien avec la fonction d’IPRP.**  |
| **Fonctions/emploi****Entreprise** | **Durée** | **Missions occupées**(description du contenu en lien avec la prévention des risques professionnels) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Joindre en annexe votre(s) justificatif(s) d’expérience(s) professionnelle(s) : ex : certificat de travail, attestation d’employeur …
* Pour les **personnes morales**, produire ces éléments pour **chaque** personne physique amenée à intervenir pour le compte de la personne morale.

|  |
| --- |
| **3 - RAPPORT D’ACTIVITE EXERCEE EN TANT QU’IPRP AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES D’EXERCICE (article D.4644-6 du Code du Travail)** |

Période d’enregistrement précédent **: du ….…/………/ 20…. au ….…/………/ 20….**

|  |
| --- |
| Nombre d’actions menées par année |
| 20… |  |
| 20…. |  |
| 20…. |  |
| 20…. |  |
| 20…. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE | DUREE | ENTREPRISE  | MISSION  | NATURE DE LA PRESTATION | BILAN |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4 - DECLARATION D’INTERETS**  |

La déclaration d’intérêts mentionnée au 2ème de l’article D. 4644-6 du code du travail se présente sous la forme d’un document écrit, rempli et signé par le demandeur, qui atteste, sur l’honneur, l’exactitude des informations qui y sont portées. Elle comporte les éléments suivants :

1. **Dans le cas où le déclarant est une personne physique :**
* *Les informations relatives aux activités professionnelles donnant lieu à rémunération ou gratification exercées au cours des cinq années précédant la date de demande d’enregistrement, incluant :*

***a)*** *La description des activités professionnelles exercées, leurs périodes d’exercice, et, le cas échéant, les employeurs successifs du déclarant ;*

***b)*** *En cas de renouvellement de l’enregistrement, la date du dernier enregistrement en tant qu’intervenant en prévention des risques professionnels ;*

* *Les informations relatives aux participations financières dans le capital d’une société au cours des cinq années précédant la date de demande d’enregistrement, incluant :*

***a)*** *La dénomination de la société ;*

***b)*** *L’évaluation de la participation financière ;*

***c)*** *Toute information relative à un possible risque de conflit d’intérêts*

1. **Dans le cas où le déclarant est une personne morale :**
* *Les nom, prénoms, date de naissance, adresse postale, adresse électronique et coordonnées téléphoniques de ses représentants légaux ;*
* *En cas de renouvellement de l’enregistrement, la date du dernier enregistrement en tant qu’intervenant en prévention des risques professionnels ;*
* *L’ensemble des éléments mentionnés au I pour chaque salarié chargé des interventions en prévention des risques professionnels ;*
* *Une déclaration sur l’honneur attestant que ni la personne morale ni les salariés concernés n’ont de lien de nature à influencer leur activité. Toute modification substantielle des intérêts fait l’objet d’une déclaration actualisée.*

|  |
| --- |
| **5 - AUTORISATION DE COMMUNICATION DES COORDONNEES EN CAS D’ENREGISTREMENT EN QUALITE D’INTERVENANT EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS** |

Une liste des IPRP enregistrés est publiée en ligne sur le site internet de la DREETS GRAND EST. L’inscription sur cette liste n’est pas obligatoire.

Cette liste comprend : votre nom, prénom, adresse, mail, ainsi que votre/vos domaine(s) de compétence si vous le souhaitez. Cette liste est réactualisée tous les mois.

Veuillez remplir la déclaration suivante :

Je soussigné(e) (Nom Prénom)

autorise la communication de ces informations sur le site internet de la DREETS GRAND EST.

 et certifie exactes et sincères les informations contenues dans la présente demande.

 FAIT à

 Le

 **Signature**

Pour la personne morale il convient d’indiquer « *Agissant pour le compte de* » et de mentionner la raison sociale.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent dans cette liste des IPRP enregistrés, vous vous pouvez exercer en vous adressant à la DREETS Grand Est – Pôle T – 6 rue Gustave Adolphe Hirn – 67085 STRASBOURG CEDEX – dreets-ge.polet@dreets.gouv.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

|  |
| --- |
| **6 - DESCRIPTION DE VOTRE (VOS) DOMAINE(S) DE COMPETENCE** |

Présentation synthétique et succincte de votre/vos domaine (s) de compétence mobilisée (s) pour répondre aux missions d’IPRP (exemple : ergonomie, prévention des risques chimiques, étude de postes…).

Votre description ne comportera aucun sigle ni abréviation ; elle apparaîtra en l’état sur le site internet de la DREETS GRAND-EST : <http://grand-est.dreets.gouv.fr>

Merci de respecter le nombre de caractères définis dans ce cadre (120 caractères).

| | | | | | | | | | | | | | | | |\_\_| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |\_\_| | | | |\_\_| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |\_\_| | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |\_\_| | | | | | | | | | | | | |

**L’enregistrement de l’IPRP est valable pour cinq années**

**La demande d’enregistrement doit être faite à la DREETS du lieu de domiciliation du demandeur.**

|  |
| --- |
| La demande d’enregistrement doit être adressée par **lettre recommandée avec demande d’avis de réception**, à l’adresse suivante, pour les IPRP domiciliés dans la région Grand Est :DREETS GRAND ESTPôle T6 rue Gustave Adolphe Hirn67085 STRASBOURG CEDEXTél. : 03 88 75 86 15 |

Fait à

Le

 **Signature**

Pour chaque document, veuillez préciser le titre, le nombre de pages et la date.

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**

Document n° :

**…………………………………………………………………………………………………………**