

Raison sociale : _____

N° SIRET de l'établissement concerné
par la demande : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

CARSAT / CRAMIF / CGSS



A l'attention du service tarification des accidents du travail /
maladies professionnelles

_____, le ____/____/____

OBJET : Demande de taux fonctions supports de nature administrative

Madame, Monsieur,

Par ce courrier, je demande :

- l'attribution d'un taux fonctions supports de nature administrative pour l'établissement suivant (Siret et adresse) :
- à compter du : ____/____/____ *

Afin de pouvoir vérifier les conditions d'attribution de ce taux, **je joins** à cette demande :

- La liste des **salariés** éligibles au taux fonctions supports de nature administrative avec, pour chacun d'eux, l'intitulé et la description du poste.
- **Un plan détaillé ou croquis** de l'implantation de l'établissement faisant apparaître le positionnement des locaux dans lesquels ces salariés exercent leur activité.

Signature du représentant de l'entreprise
Nom et fonction

* Pour toute application au 1^{er} janvier 2020 la demande de l'entreprise doit être envoyée avant le 30 novembre 2019. Les demandes formulées dans le courant de l'année 2019 prendront effet, au plus tôt, à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Si vous souhaitez recevoir par mail votre notification de taux fonctions supports de nature administrative, inscrivez-vous dès maintenant au service de notification dématérialisée dans votre compte AT/MP, disponible sur net-entreprises.fr.

SIRET : _____



Application de l'article 1^{er}, paragraphe III de l'arrêté ministériel du 17 octobre 1995 modifié par arrêté du 15 février 2017

Liste des salariés relevant des fonctions supports de nature administrative de l'établissement :

Effectif de l'entreprise : |_|_|_|_|

Effectif de l'établissement : |_|_|_|_|

Effectif total du personnel exerçant à titre principal des fonctions supports de nature administrative (secrétariat accueil, comptabilité, affaires juridiques, gestion financière ou ressources humaines) : |_|_|_|_|

Nom et prénom des salariés (pour lesquels le taux fonctions supports est demandé)	Intitulé du poste (service de rattachement éventuel)	Description du poste

Si les salariés éligibles ne peuvent être tous inscrits sur le tableau, veuillez joindre un état complémentaire comprenant exactement les mêmes rubriques.

Les renseignements fournis devront être, toute demande incomplète fera l'objet d'un rejet. Une vérification de la matérialité des faits pourra être effectuée, à tout moment, par nos services.

Le taux fonctions supports est applicable à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'attribution, sauf date d'effet spécifique indiquée par l'entreprise en page 1 de ce courrier.

Nom de la personne à contacter :

Cachet :

Téléphone :

Adresse mail :

Date :