

# MODELE D'ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A REMPLIR POUR CHAQUE ETABLISSEMENT, A JOINDRE POUR LE PAIEMENT DE LA SUBVENTION

Raison sociale : .....

N° SIREN : ..... N° SIRET : .....

Adresse du siège : .....

Adresse e-mail : .....@.....

Code Risque :

Effectif total de l'établissement (SIRET) : ..... de l'entreprise (SIREN) : .....

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

déclare sur l'honneur que :

- les salariés de mon entreprise ont bénéficié d'une information aux risques liés aux gaz et fumées d'échappement,
- les salariés de mon entreprise ont bénéficié d'une formation à l'utilisation de la solution technique retenue en s'appuyant sur un mode opératoire écrit,
- l'installation technique en service dans l'établissement présente les caractéristiques suivantes validées avec le fournisseur sélectionné : (voir pages suivantes)

### Pour un système d'extraction des gaz (nouveau ou rénovation)

PERFORMANCES AERAULIQUES	Valeur Recommandée	Valeurs Mesurées	Conformité au CDC de l'AM-RP <sup>1</sup>
<b><u>Capteur enveloppant</u></b> Débit (en m <sup>3</sup> /h)	<input type="checkbox"/> Pour VL (<3.5T) <b>&gt; 400 (+/- 10 %)</b>  <input type="checkbox"/> Pour PL (>3.5T) <b>&gt;1000 (+/- 10%)</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b><u>Capteur distant</u></b> Débit* (en m <sup>3</sup> /h)	<input type="checkbox"/> Pour VL (<3.5T) <b>&gt; 1000 (+/-10%)</b>  <input type="checkbox"/> Pour PL (>3.5T) <b>&gt;2000 (+/- 10%)</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PERFORMANCES ACOUSTIQUES	Valeur recommandée	Valeurs Mesurées	Conformité au CDC de l'AM-RP <sup>1</sup>
Bruit de l'installation au niveau du poste de travail (capteur)	< 75dBA		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AUTRES CARACTERISTIQUES TECHNIQUES	Caractéristiques recommandées		Conformité au CDC de l'AM-RP <sup>1</sup>
Localisation des rejets	Rejet à l'extérieur par un conduit fixe, positionné à distance des entrées d'air du bâtiment (ex : sortie verticale située au-dessus du toit)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commande du dispositif	Présence d'un dispositif d'arrêt et de mise en marche facile d'accès (ex : interrupteur à proximité du poste de contrôle, télécommande,...)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dossier d'installation	Dossier d'installation a été transmis à l'entreprise		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Pour une cabine en surpression (centre PL)

ITEM DU CDC POUR UNE CABINE PRESSURISEE	Valeur recommandée	Valeurs Mesurées	Conformité au CDC de l'AM-RP <sup>1</sup>
Débit* (en m <sup>3</sup> /h)	100 (+/- 10%)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Apport d'air neuf extérieur <sup>2</sup>	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Filtre type H13	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Etanchéité et mise en surpression de la cabine (au fumigène)	Oui	Sans mesure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<sup>1</sup> Cahier des charges réalisé par l'Assurance Maladie – Risques professionnels et l'INRS, disponible sur le site [www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-aides-financieres/](http://www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-aides-financieres/)

<sup>2</sup> Une cabine pressurisée sans apport d'air neuf extérieur au centre de contrôle technique n'est pas financée.

Les mesures et vérifications techniques ont été réalisées par (nom et adresse de l'entreprise) :

.....  
.....

Fait à ..... le --/--/20..

Cachet et signature du représentant légal de l'entreprise