

Dénomination et adresse de l'employeur :

**Objet : Attestation sur l'honneur de la collectivité/de l'établissement de santé dans le cadre d'une demande de remboursement de matériel**

Dans le cadre de la demande de remboursement de matériel, je soussigné(e) M. / Mme XXXX, agissant en qualité de Fonction et dûment habilité à ce titre, déclare sur l'honneur que ma collectivité ou mon établissement de santé<sup>1</sup> XXXX n'a bénéficié ni de financement ni de remboursement total ou partiel du matériel pour lequel est sollicité un accompagnement financier du Fonds national de prévention de la CNRACL.

Je précise également que ce besoin en matériel est justifié par les motifs suivants : expliquer les motifs.

J'atteste que la date de mise à jour du document unique est : XXXX. Il pourra, à ce titre, m'être demandé tout document justifiant de la mise à jour effective du document unique.

En tant qu'employeur territorial, j'atteste avoir désigné un assistant de prévention (en interne ou par une mise à disposition), conformément à la réglementation en vigueur.

Connaissance prise des dispositions de l'article 441-7 du code pénal réprimant l'établissement d'attestation faisant état de faits matériellement inexacts ci-après rappelées : « *Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende le fait d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts* ».

Je soussigné(e) M. / Mme XXXX certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette attestation sont exacts.

Date

À

Le représentant légal, dûment habilité

(Nom Prénom)

*Signature*

---

<sup>1</sup> Adapter selon votre type de structure.