

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

TRIBUNAL JUDICIAIRE DE SAINT-DENIS
PARQUET DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

N ° de parquet : Cadre Procédural :	Nom, prénom du personnel de justice auditionnant le MEC :
Liste des codes NATINF de la procédure :	

FICHE NAVETTE pour le personnel de justice qui propose la mesure alternative MAPIHSST Avec suivi-évaluation en établissement (2,5jours - 1500 euros) à l'auteur d'infraction(s)

*Fiche à remplir et à faire signer à la personne ayant accepté le protocole
puis à transmettre à SSA, avec remise d'une copie à l'intéressé(e)*

JE RECONNAIS les infractions relatives à l'Hygiène, Santé, Sécurité au Travail qui me sont reprochées, et accepte la mesure alternative qui m'est proposée par le Procureur de la République qui consiste dans le suivi d'un **stage d'une durée de 2,5 jours**, organisé par la SSA SOSEA. J'ai bien noté qu'aucun autre stage souscrit de ma propre initiative auprès d'un autre organisme de formation ne peut se substituer au stage de formation organisé par SSA SOSEA dans le présent cadre pénal.

JE CERTIFIE n'avoir jamais accompli de stage MAPIHSST avant celui qui m'est ici proposé, pour des faits de même nature.

JE SUIS INFORMÉ(E) que le coût du stage est de **1500 € TTC**, cette somme devant être payée à la société SSA SOSEA, et qu'éventuellement des facilités de règlement pourront m'être proposées si je ne dispose pas immédiatement de cette somme, qui consistent en un étalement du paiement et non en une réduction du coût.

J'AI BIEN NOTÉ que cette dépense de formation ne peut en aucun cas faire l'objet d'une prise en charge par un Fond d'Assurance Formation ou un OPCO (Opérateur de compétence), quand bien même un ou plusieurs salariés de mon établissement sont susceptibles de pouvoir participer gratuitement à la formation avec moi (cela me sera précisé par SSA SOSEA) ; J'ai bien noté également que ma présence est obligatoire durant tout le stage et que je ne peux en aucun cas me faire remplacer par un salarié ou un tiers.

JE CERTIFIE conformes les informations suivantes, qui permettront à SSA SOSEA de me contacter : (informations obligatoires svp)

Nom	Monsieur/Madame : (Barrez la mention inutile)
Prénom	
Adresse postale personnelle	
Adresse Email personnelle	
N° de téléphone perso / pro	

Recommandé : Nom, prénom, numéro(s) de tel, email d'un proche du justiciable avec lequel il / elle est en contact régulier :

JE SUIS INFORMÉ(E) que je dois prendre contact, **dans un délai de 8 jours** à compter de mon acceptation de la mesure alternative, avec la société SSA SOSEA aux coordonnées ci-dessous.

JE SUIS AVERTI(E) qu'en cas d'échec de la mesure (non-présentation au stage, non-paiement), le Procureur de la République pourra engager des poursuites devant le tribunal et que je m'expose dès lors à des peines d'amendes et/ou d'emprisonnement.

SSA SOSEA
Centre d'affaires SEMIR 14 Rue de La Guadeloupe
97495 SAINTE CLOTILDE
02 62 92 10 58 - contact@ssasosea.com

Date :

SIGNATURE DE L'AUTEUR D'INFRACTION