

**Fiche de suivi et d’évaluation des CLACT 2021**

|  |
| --- |
| **Présentation de l’établissement** |
| Nom de la structure « porteur » du CLACT :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Adresse:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Nom du directeur:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Nature juridique : Numéro FINESS :………………………………………………………………………………………..........................................  publique (merci de préciser) ……………….. ……………………………………………………………….....................................................................................................  privée (merci de préciser) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| CLACT porté par plusieurs établissements :  oui  non  Si oui, lesquels :……………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………… |

**ACTIONS COFINANCÉES MISES EN PLACE\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quelles sont les actions d’amélioration des conditions de travail cofinancées que vous avez mises en place au sein de l’établissement**  (achat de matériel, groupe de réflexion avec production de documents support….), | | | | | |
| Type (s) d’action(s) mise(s) en place | Montant accordé par l’ARS | Montants consommés (distinguer le montant consommé de la part ARS et de la part établissement) | Date ou période de réalisation de l’action | Résultat de l’indicateur de suivi indiqué dans le CLACT avant mise en place de l’action | Résultat de l’indicateur de suivi indiqué dans le CLACT après mise en place de l’action |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Les justificatifs des actions réalisées sont à fournir s’ils n’ont pas déjà été transmis à l’ARS

**ACTIONS COFINANCÉES MISES EN PLACE PARTIELLEMENT\***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quelles sont les actions d’amélioration des conditions de travail cofinancées que vous avez partiellement mises en place à ce jour au sein de l’établissement ?** | | | | | | |
| Type (s) d’action(s) partiellement mise(s) en place à ce jour | Montant accordé par l’ARS | Montants consommés (distinguer le montant consommé de la part ARS et de la part établissement) | Motif de la réalisation partielle de l’action (report du calendrier prévisionnel, retard dans la commande ou installation du matériel, autre….) | Description de l’action réalisée | Description de l’action en cours ou restant à finaliser |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Les justificatifs des actions réalisées sont à fournir s’ils n’ont pas déjà été transmis à l’ARS

**ACTIONS COFINANCÉES ET NON RÉALISÉES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quelles sont les actions d’amélioration des conditions de travail cofinancées que vous n’avez pas mises en place au sein de l’établissement ?** | | | |
| Type (s) d’action(s) non mise(s) en place à ce jour | Montant accordé par l’ARS | Montant provisionné par l’établissement | Commentaires concernant la non réalisation de l’action |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date : | Date : |
| Nom et prénom du Directeur d’établissement | Nom et prénom du Secrétaire CHSCT ou représentant du personnel |
| Signature : | Signature : |