|  |  |
| --- | --- |
| Logo Ocapiat couleur  | PDC-50 |
| **FORMATION INTERNE** |
| 🛈 *A transmettre au Conseiller Entreprise Ocapiat en amont de la demande de prise en charge*  | FICHE PROJET | **Amont** |

|  |  |
| --- | --- |
| ENTREPRISE |  |
|  > RAISON SOCIALE DU PRESTATAIRE |  |
|  > INTERLOCUTEUR DU PROJET : |  | EMAIL :  |
|  | N° ADHERENT OCAPIAT  | Ou N° SIRET : |

|  |
| --- |
| PROGRAMME DE FORMATION INTERNE PREVU  |
| > Intitulé de la formation |  |
|  > Objectifs pédagogiques et/ou professionnels (compétences visées) |   |
|  > Programme de la formation  | **Contenus de l’action et compétences à développer :** |
| **Moyens pédagogiques (matériel, technologiques, support et méthode d’animation :****Organisation de la formation (en continu, avec des modules, sous forme de parcours individualisé, en présentiel et/ou à distance :** **Modalités d’évaluation :**  |
| **Durée prévue de formation** : **Période réalisation du parcours.****Lieu de la formation (en salle, sur site, …)**:  |
|  > Publics cibles | **Emplois dans l’entreprise :** |
|  > Profil formateur interne  | **Poste occupé dans l’entreprise** :**Ancienneté dans le poste** :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Représentant de l’entreprise :  | Date :  | Nom Prénom et signature : |
| Validation Directeur Régional OCAPIAT : | Date :  | Nom Prénom et signature : |