|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 : |