



Demande de prise en charge PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

Boost'Compétences (entreprises – de 50 salariés)
Effectif : 11 à 49 salariés

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° IDCC :

N° adhérent :

N° SIRET

Personne à contacter :

Tél :

Email :

OCAPIAT

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

L'ACTION DE FORMATION

Intitulé de la formation

Date de début :

Date de fin :

Durée par stagiaire :

dont Hors Temps de Travail :

Lieu de la formation :

en inter-entreprises

en intra-entreprise

Nombre de stagiaires :

**Le dépôt de la demande vaut acceptation des conditions générales d'OCAPIAT.
Conditions générales disponibles sur le site internet www.ocapiat.fr.**

LE DISPENSATEUR DE FORMATION

Raison sociale :

N° de déclaration d'activité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° SIRET :

Assujetti à la TVA : Oui Non

Tél :

Em@il :

LE SALARIE

Nom & prénom	Sexe	CSP catégorie socio-professionnelle	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise	Type de contrat	Reconnu travail- leur handicapé

LES COÛTS

Coût pédagogique (H.T.) :	Coût pédagogique divers (H.T.) :	<input type="checkbox"/> Je souhaite la prise en charge du salaire (formation réalisée sur temps de travail)
€	€	Nombre d'heures stagiaires X 12 €

LES MODALITES DE FINANCEMENT

Entreprises de moins de 50 salariés : pour la formation de mes salariés qui ne relève pas des actions prioritaires d'OCAPIAT, je souhaite accéder à une prise en charge à hauteur de 45% des coûts pris en charge* en contrepartie de l'adhésion à l'offre volontaire Boost'Compétences avec versement volontaire à hauteur de 55% des coûts pris en charge*

* Coûts pris en charge = coûts pédagogiques, coûts pédagogiques divers (hors frais des stagiaires) et salaires plafonnés au SMIC horaire chargé (12€/heure).



LES PIECES JUSTIFICATIVES (A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE)

Si demande préalable à la formation :

La présente demande de prise en charge complétée et signée

La copie de la convention de formation signée par l'employeur et l'organisme de formation,

Si demande a posteriori de la formation :

La présente demande de prise en charge complétée et signée

La copie de la convention de formation signée par l'employeur et l'organisme de formation,

La facture avec mention acquittée apposée par l'organisme de formation

Le certificat de réalisation de l'action complété par le dispensateur de formation

LA VALIDATION

Fait le :

A :

Signature et cachet de l'entreprise (obligatoire) :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande

Les informations nominatives, financières et pédagogiques contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par OCAPIAT. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès d'OCAPIAT par voie postale ou à dpd@ocapiat.fr et vous référer aux mentions légales et politique de confidentialité d'OCAPIAT disponibles sur www.ocapiat.fr

Depuis le 1er avril 2019 (arrêté du 29 mars 2019), OCAPIAT est agréé Opérateur de compétences par le ministère du travail.

Coordonnées de votre direction régionale OCAPIAT : sur www.ocapiat.fr

Coordonnées du siège : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris

N° SIRET : 844 752 006 00016 - Code APE : 9499Z- N° TVA intracommunautaire : FR80844752006