



# Demande de prise en charge – OFFRE COLLECTIVE CLÉ EN MAIN PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

Effectif : moins de 11 salariés

Diagnostics RH (secteur agricole / secteur alimentaire)

Transfert des Savoir-Faire (TSF)

Prévention des Risques Professionnels (PRP)

AFESTtime (Accompagnement à la conception des Actions de Formation En Situation de Travail)

Certificat de Qualification Professionnelle (Formation validée par un CQP)

Certificat CléA

## L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° IDCC : N° adhérent :

N° SIRET :

Personne à contacter :

Tél :

Email :

**OCAPIAT**

**DIRECTION GESTION SIEGE**

**153 rue de la Pompe – CS 60742**

**75179 PARIS CEDEX 16**

## LA PRESTATION D'INGENIERIE OU DE FORMATION

Intitulé de la prestation (mentionner les noms des modules activés) ou de l'action de formation :

Date de début :

Date de fin :

**Spécifique pour CLEA/CQP/TSF/PRP :** Durée par stagiaire :

Nombre de stagiaires :

Modalités de mise en oeuvre : en inter-entreprises en intra-entreprise en interne

Si formation interne :

Nom et Prénom du formateur interne :

Date de naissance :

**Spécifique pour Diagnostics RH/AFESTtime :** Durée de la prestation (en jour) :

**Le dépôt de la demande vaut acceptation des conditions générales d'OCAPIAT. Conditions générales disponibles sur le site [www.ocapiat.fr](http://www.ocapiat.fr)**



# Demande de prise en charge – OFFRE COLLECTIVE CLÉ EN MAIN PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

## LE PRESTATAIRE

Raison sociale : \_\_\_\_\_ N° de déclaration d'activité : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
N° SIRET : \_\_\_\_\_ Assujetti à la TVA : Oui Non  
Tél : \_\_\_\_\_ Em@il : \_\_\_\_\_

## LE SALARIÉ FORMÉ

Nom & prénom	NIR*(Numéro de Sécurité Sociale)	Sexe (F/H)	CSP Catégorie socioprofessionnelle	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise (jj/mm/aaaa)	Type de contrat	Reconnu travailleur handicapé (oui/non)	Durée (en heure)

\*NIR : numéro de sécurité sociale français, officiellement appelé Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques.  
•Ce numéro est notamment inscrit sur la carte vitale des personnes majeures, en-dessous du nom et du prénom du porteur.  
•Seuls les OPCO sont habilités à collecter le NIR et uniquement pour AGORA.

## LES COÛTS

Coût pédagogique ou d'intervention (HT) :	Coût pédagogique divers (H.T.) :
€	€

## COÛTS SPECIFIQUES AUX ACTIONS TSF, PRP, CléA et CQP

Salaires du salarié formé = Nombre d'heures X 12€ (base SMIC Brut chargé) :	
€	

## LES MODALITES DE PAIEMENT

Souhaitez-vous qu'OCAPIAT règle directement le prestataire cité ci-dessus et ce à hauteur de l'engagement accepté par OCAPIAT :  
Oui  
Non



# **Demande de prise en charge – OFFRE COLLECTIVE CLÉ EN MAIN PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES**

## **LES PIECES JUSTIFICATIVES**

### **Au préalable du démarrage de l'action**

La présente demande de prise en charge complétée et signée.

### **Spécifiques aux dispositifs (à joindre obligatoirement à votre demande de prise en charge) :**

PRP et TSF : Fiche projet amont et proposition du prestataire ainsi que la fiche projet amont et proposition du prestataire.  
Diagnostic RH : Convention passée entre l'entreprise et le prestataire ainsi que la fiche projet amont et proposition du prestataire.  
CQP et CLEA : La copie de la convention de formation signée par l'employeur et l'organisme de formation, ou, en cas de formation interne, un document annexé précisant l'intitulé, l'objectif et le contenu de l'action, les moyens prévus, la durée et la période de réalisation, ainsi que les modalités de déroulement, de suivi et de soutien de l'action.  
AFESTtime, la proposition du prestataire est fournie par le conseiller Entreprises OCAPAT.

### **Après la réalisation de l'action**

Le prestataire transmet toutes les pièces justificatives liées à l'offre Clé en main visée.

### **Spécifiques aux dispositifs (à joindre obligatoirement à la facture) :**

CQP du secteur alimentaire : rapport d'étude, grille d'observation du tuteur, grille de synthèse des résultats du positionnement et de l'évaluation finale.  
Autres CQP : certificat de réalisation.

## **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 OCAPAT. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès d'OCAPAT par voie postale ou à [dpd@ocapiat.fr](mailto:dpd@ocapiat.fr) et vous référer aux mentions légales et politique de confidentialité d'OCAPAT disponibles sur [www.ocapiat.fr](http://www.ocapiat.fr)

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

Coordonnées de votre direction régionale OCAPAT : sur [www.ocapiat.fr](http://www.ocapiat.fr)

Coordonnées du siège : 153 rue de la Pompe – CS 60742 - 75179 PARIS CEDEX 16

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