



# Demande de prise en charge

## BONUS AFEST<sup>+</sup>

### PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

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 RÉALISÉE SOUS MODALITE AFEST		
Intitulé de la formation :		
Dates de début :	Dates de fin :	Durée de la formation :
<b>Le dépôt de la demande vaut acceptation des conditions générales d'OCAPIAT. Conditions générales disponibles sur le site <a href="http://www.ocapiat.fr">www.ocapiat.fr</a></b>		

LE FORMATEUR AFEST INTERNE		
NOM & Prénom :	Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Date d'entrée dans l'entreprise (jj/mm/aaaa) :

J'atteste que le formateur AFEST interne est bien salarié ou dirigeant de l'entreprise bénéficiaire de la prise en charge (et si le demandeur est un Groupement d'employeur/GEIQ/Service de remplacement/CUMA : salarié ou dirigeant de l'entreprise d'accueil)

LE SALARIÉ FORMÉ EN MODALITÉ AFEST							
Nom & prénom	Sexe	N°NIR*	CSP	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise	Type de contrat	Reconnu travailleur handicapé

\* 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.

