



Demande de prise en charge individuelle PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

DÉFI Pro

Effectif : moins de 11 salariés uniquement

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° IDCC : N° adhérent :

N° SIRET :

Personne à contacter :

Tél :

Email :

OCAPIAT

DIRECTION GESTION SIEGE

20 Place des Vins de France CS11240

75603 PARIS cedex 12

Le dépôt de la demande vaut acceptation des conditions générales d'OCAPIAT.

Conditions générales disponibles sur le site internet www.ocapiat.fr

L'ACTION DE FORMATION

Intitulé de la formation :

Date de début : Date de fin :

DÉFI Pro : vous recrutez un salarié en contrat de de professionnalisation expérimental de 6 à 36 mois.

LE PRESTATAIRE (issu du réseau référencé par OCAPIAT)

Raison sociale :

N° de déclaration d'activité :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° SIRET :

Assujetti à la TVA : Oui Non

Tél :

Em@il :

LE FORMATEUR INTERNE

Nom & prénom	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise

J'atteste que le formateur interne est bien salarié ou dirigeant de l'entreprise bénéficiaire de la prise en charge (si le demandeur est un Groupement d'employeur/GEIQ/Service de remplacement/CUMA : se référer aux conditions spécifiques de la formation interne, prévues dans les conditions générales <https://www.ocapiat.fr/wp-content/uploads/Conditions-specifiques-internes-DEF.pdf>).

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)

*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 OPCA sont habilités à collecter le NIR et uniquement pour AGORA.

J'atteste que le salarié à former a bien été recruté en en contrat de de professionnalisation expérimental de 6 à 36 mois dans l'entreprise bénéficiaire de la prise en charge

LES COÛTS FORFAITAIRES

Intervention prestataire / salarié formé

1 200 € HT



Demande de prise en charge individuelle PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

DÉFI Pro

Effectif : moins de 11 salariés uniquement

LES MODALITES DE FINANCEMENT

Conditions d'accès :

- 10 prises en charge DÉFI Pro maximum par entreprise et par an,
- Les contrats aidés ainsi que les contrats parents/enfants sont exclus du dispositif DÉFI Pro,
- Un même salarié ne peut bénéficier du dispositif qu'une fois tous les 5 ans.

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

Au préalable du démarrage de l'action

- La présente demande de prise en charge complétée et signée
- La copie de la convention de formation signée par l'employeur et le prestataire

Après la réalisation de la prestation

- La facture du prestataire
- Le Protocole individuel de Formation (P.I.F. modèle OCAPIAT)

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

