



Demande de prise en charge - POEC

OCAPIAT - DIRECTION REGIONALE :

| LE DISPENSATEUR DE LA FORMATION | L'ACTION DE FORMATION - POEC |
|--|--|
| Raison sociale : | Intitulé de la formation |
| N° de déclaration d'activité : | Date de début : Date de fin : Durée totale en heures : dont en entreprise : |
| Adresse : | Type d'action : Objectif du parcours : |
| Code Postal : Ville : | Coût pédagogique total : HT € Prise en charge OCAPIAT : HT € |
| Région : | |
| N° SIRET : | |
| Assujetti à la TVA : Oui Non | |
| Tél : | |
| Em@il : | |

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

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 social : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris
Coordonnées du siège administratif : 153 rue de la Pompe CS60742 75179 Paris Cedex 16

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



Demande de prise en charge - POEC

| LES BÉNÉFICIAIRES | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|--------------------------------|------------|------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------|--------|
| Numéro IDE | Public prioritaire* | Nom & prénom | date de naissance (jj/mm/aaaa) | Sexe (F/H) | NIR** (Numéro de Sécurité Sociale) | CSP (Catégorie Socio-professionnelle) | Dernier emploi occupé | Niveau à l'entrée en formation | Nombre d'heures de formation | Tél / Portable | e-mail |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

*** Catégorie des publics prioritaires :**
• Jeune de 16-25 ans
• Bénéficiaire RSA, ASS, CUI et AA
• Demandeur d'emploi de 26 ans et plus ayant sans activité professionnelle depuis 1 an minimum.

Mettre "OUI" ou "NON" dans la rubrique correspondante au bénéficiaire

**** 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.

| ATTESTATION DE PÔLE EMPLOI |
|---|
| L'agence : |
| atteste avoir eu connaissance de la liste des bénéficiaires concernés par la formation et valide leur statut de demandeurs d'emploi |
| leur statut des demandeurs d'emploi à l'exception des numéros IDE suivants : |
| A |
| Le |

Cachet et signature de l'agence Pôle Emploi

Si refus de Pôle Emploi de signer joindre l'extrait des inscrits de Kairos.

| ATTESTATION ORGANISME DE FORMATION |
|---|
| L'organisme de formation : |
| atteste que tous les éléments relatifs à la formation sont justes et vérifiables et que celle-ci ne bénéficie pas de cofinancement FSE au niveau régional : |
| A |
| Le |
| Cachet et signature de l'organisme |

| VALIDATION DE L'OPCO |
|-------------------------------|
| A |
| Le |
| Cachet et signature de l'OPCO |



Demande de prise en charge - POEC

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

- La présente demande de prise en charge complétée et signée par l'organisme de formation
- Le programme de formation

LA VALIDATION

Fait le :

A :

Signature et cachet de l'organisme de formation (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 social : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris
Coordonnées du siège administratif : 153 rue de la Pompe CS60742 75179 Paris Cedex 16

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