





# Demande de prise en charge – PRO A

Effectif : 11 salariés et plus

## LES MODALITES DE PAIEMENT

Souhaite qu'OCAPIAT règle directement l'organisme de formation cité ci-dessus et ce à hauteur de l'engagement accepté par OCAPIAT :

Oui Non

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

**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

ou, en cas de formation interne, **l'annexe pédagogique 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.

**La copie de l'avenant au contrat de travail du bénéficiaire** qui précise la durée et l'objet de la reconversion ou promotion par l'alternance signé des 2 parties

## 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](mailto:dpd@ocapiat.fr) et vous référer aux mentions légales et politique de confidentialité d'OCAPIAT disponibles sur [www.ocapiat.fr](http://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](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

