



# Demande de prise en charge – PRO A

Effectif : Moins de 11 salariés

## 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**

## L'ACTION DE FORMATION OU DE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE (VAE)

Intitulé de l'action  
Date de début : Date de fin : Durée par stagiaire : Nombre de stagiaires :  
Lieu de la formation : en inter-entreprises en intra-entreprise en interne  
Si formation interne : Nom et Prénom du formateur interne : Date de naissance :

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

## LE DISPENSATEUR DE FORMATION

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

## LE SALARIE

Nom & prénom	Sexe (H/F)	N°NIR*	CSP	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise	Type de contrat	Niveau actuel de formation	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.

## LE TUTEUR

Nom & prénom	Sexe	CSP	date de naissance	Date d'entrée dans l'entreprise

L'employeur atteste sur l'honneur que le tuteur répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

## LES COÛTS

Coût pédagogique (H.T.) :	Coût pédagogique divers (H.T.) :	Salaire brute chargé		
€	€	€		
Frais annexes :	Repas : €	Hébergement : €	Transport : €	



# Demande de prise en charge – PRO A

Effectif : Moins de 11 salariés

## 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 : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris

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



30/03/2021