



Demande de prise en charge – PRO A

Effectif : Moins de 11 salariés

LES MODALITES DE PAIEMENT

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

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 OCAPAT. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès d'OCAPAT par voie postale ou à dpd@ocapiat.fr et vous référer aux mentions légales et politique de confidentialité d'OCAPAT disponibles sur www.ocapiat.fr

Depuis le 1er avril 2019 (arrêté du 29 mars 2019), OCAPAT est agréé Opérateur de compétences par le ministère du travail.

Coordonnées de votre direction régionale OCAPAT : sur 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

