



### PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES ◆ PRO-A

A RETOURNER A L'ADRESSE  
DE VOTRE CENTRE DE GESTION  
COMPLÉTÉE, SIGNÉE ET ACCOMPAGNÉE  
DE VOS JUSTIFICATIFS >>>

CONTACT :  
pcmcm@ocapiat.fr  
Tel. : 02.98.97.26.52

## OCAPIAT

Service Pêche, Cultures Marines et  
Coopération Maritime

6 rue des Senneurs  
29900 Concarneau

Cette demande est à nous transmettre dans un délai de 30 jours avant le début de la formation  
Ce document ne vaut pas inscription auprès de l'organisme de formation

#### A. VOS COORDONNÉES & SIGNATURE OBLIGATOIRES

à compléter ou à cocher

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE OU NOM ET PRÉNOM DU DIRIGEANT NON SALARIÉ (DNS) DU SECTEUR PÊCHE ET CULTURES MARINES OU DERNIER EMPLOYEUR DU							
N° ADHÉRENT :	ACTIVITÉ : <input type="checkbox"/> PÊCHE <input type="checkbox"/> CULTURES MARINES <input type="checkbox"/> COOPÉRATION MARITIME						
SEUIL EFFECTIF ETP :	<input type="checkbox"/> MOINS DE 11 SALARIÉS <input type="checkbox"/> DE 11 À 49 SALARIÉS <input type="checkbox"/> 50 SALARIÉS ET PLUS						
CCN - N° IDCC DE LA CONVENTION COLLEC-	N° SIRET :						
ADRESSE :							
CODE POSTAL :	VILLE :						
TÉLÉPHONE :	<table border="1"> <tr> <td>Fait le :</td> <td>A :</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: yellow;"><b>Cachet et Signature de l'entreprise ou signature du stagiaire dirigeant non salarié :</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2">J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande</td> </tr> </table>	Fait le :	A :	<b>Cachet et Signature de l'entreprise ou signature du stagiaire dirigeant non salarié :</b>		J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande	
Fait le :		A :					
<b>Cachet et Signature de l'entreprise ou signature du stagiaire dirigeant non salarié :</b>							
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande							
FAX :							
NOM / PRÉNOM CONTACT :							
TÉLÉPHONE CONTACT :							
EM@IL CONTACT :							

<b>B. L'ACTION DE FORMATION</b> à compléter ou à cocher <input type="checkbox"/>			
INTITULÉ DE LA FORMATION :			
DATE DÉBUT :	DATE FIN :	DURÉE MAXIMUM	NOMBRE DE STA-
LIEU DE FORMATION :			
MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ACTION DE FORMATION :	<input type="checkbox"/> <b>en INTER-entreprises</b> (par un Organisme de Formation externe pour plusieurs entreprises concer- <input type="checkbox"/> <b>en INTRA-entreprise sur site ou en dehors de l'entreprise</b> (par un Organisme de Formation externe pour plusieurs entreprises concernées) <input type="checkbox"/> <b>en INTERNE</b> (par le Service Formation interne de l'entreprise)		
SI INTERNE: NOM / PRÉ-NOM FORMATEUR INTERNE :			DATE DE NAISSANCE :

<b>C. L'ORGANISME DE FORMATION (STAGE EXTERN</b> à compléter ou à cocher <input type="checkbox"/>			
ORGANISME DE FORMATION :	ASSUJETI TVA ? :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
N° DE DÉCLARATION D'EXISTENCE DU CENTRE DE FORMATION :	N° SIRET DU CENTRE DE FOR-		
ADRESSE DU CENTRE DE FORMATION :			
CODE POSTAL :	VILLE :		
CONTACT :	TÉL :		
EM@IL :	FAX :		

<b>D. LES DIFFÉRENTS COÛTS</b> à compléter ou à cocher <input type="checkbox"/>			
SUBROGATION DE PAIEMENT AU CENTRE DE FORMATION :	<input type="checkbox"/> <b>NON</b> souhaite obtenir le remboursement par OCAPIAT <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> souhaite qu'OCAPIAT règle directement la facture auprès de l'Organisme de Formation <b>et ce à hauteur de l'engagement accepté par OCAPIAT.</b>		
COÛTS PÉDAGOGIQUES :	<input type="checkbox"/> <b>COÛTS PÉDAGOGIQUES :</b> <small>FACTURE OF OU ESTIMATION DES SALAIRES FORMATEURS INTERNES (EN INTERNE)</small>	€ HT	Ce coût est : <input type="checkbox"/> global ou <input type="checkbox"/> par stagiaire
FRAIS ANNEXES DES STAGAIRES : <small>Les frais annexes ne concernent que les formations maritimes longues de plus de 150 heures pour les entreprises</small>	<input type="checkbox"/> <b>DÉPLACEMENTS :</b>	€ HT	Ce coût est : <input type="checkbox"/> global ou <input type="checkbox"/> par stagiaire
	<input type="checkbox"/> <b>HÉBERGEMENT (NUITÉE) :</b>	€ HT	Ce coût est : <input type="checkbox"/> global ou <input type="checkbox"/> par stagiaire
	<input type="checkbox"/> <b>REPAS :</b>	€ HT	Ce coût est : <input type="checkbox"/> global ou <input type="checkbox"/> par stagiaire
	<input type="checkbox"/> <b>SALAIRE BRUT CHARGÉ :</b>	€ HT	Ce coût est : <input type="checkbox"/> global



[www.ocapiat.fr](http://www.ocapiat.fr)

**PUBLIC ÉLIGIBLE À LA PRO'A :**

Qualification inférieure ou égale au niveau III de l'Education Nationale (BTS, DUT...) visant l'atteinte d'un niveau supérieur ou identique. Salarié en CDI et les salariés bénéficiaires CUI CDI.

**DURÉE MINIMALE :**

Comprise entre 6 et 12 mois sans être inférieure à 150 heures (jusqu'à 24 mois si le diplôme le prévoit et jusqu'à 36 mois pour les publics prioritaires).

## G. L'ORGANISME DE FORMATION (STAGE EXTERNE)

à dupliquer au-delà de 5 stagiaires Pro'A

NOM/PRÉNOM SALARIÉ PRO-A :			
NIVEAU ACTUEL DE FORMATION :			
NOM/PRÉNOM DU TUTEUR DÉSIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR :			
DATE NAISSANCE DU TUTEUR :	CSP : (OQ/ONQ /EMP/ TAM/IC)	DATE ENTRÉE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE :	
NOM/PRÉNOM SALARIÉ PRO-A :			
NIVEAU ACTUEL DE FORMATION :			
NOM/PRÉNOM DU TUTEUR DÉSIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR :			
DATE NAISSANCE DU TUTEUR :	CSP : (OQ/ONQ /EMP/ TAM/IC)	DATE ENTRÉE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE :	
NOM/PRÉNOM SALARIÉ PRO-A :			
NIVEAU ACTUEL DE FORMATION :			
NOM/PRÉNOM DU TUTEUR DÉSIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR :			
DATE NAISSANCE	CSP : (OQ/ONQ /EMP/ TAM/IC)	DATE ENTRÉE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE :	
NOM/PRÉNOM SALARIÉ PRO-A :			
NIVEAU ACTUEL DE FORMATION :			
NOM/PRÉNOM DU TUTEUR DÉSIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR :			
DATE NAISSANCE DU TUTEUR :	CSP : (OQ/ONQ /EMP/ TAM/IC)	DATE ENTRÉE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE :	
NOM/PRÉNOM SALARIÉ PRO-A :			
NIVEAU ACTUEL DE FORMATION :			
NOM/PRÉNOM DU TUTEUR DÉSIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR :			
DATE NAISSANCE DU TUTEUR :	CSP : (OQ/ONQ /EMP/ TAM/IC)	DATE ENTRÉE TUTEUR DANS L'ENTREPRISE :	

**E. LES STAGIAIRES & INFOS INDIVIDUALISÉES PRÉVUES** à compléter ou à cocher

N°	NOM & PRÉNOM STAGIAIRE(S) INSCRIT(S) PRÉVU(S)	SEXE	N° NIR (1)	CSP (2)	DATE DE NAIS- SANCE	DATE D'ENTRÉE DANS L'ENTREPRISE	CDI OU CDD	MARINS DE- BARQUE O/N	NOMBRE D'HEURES FORMATION PRÉVUES		ACTION EN PRO'A (4)	NOMBRE DE KM	SALAIRE MENSUEL CHARGÉ (5)	HEURES MENSUELLES RÉMUNÉRÉES (6)
									TOTALES	DONT HTT (3)				
1									H	H			€	H
2									H	H			€	H
3									H	H			€	H
4									H	H			€	H
5									H	H			€	H
6									H	H			€	H
7									H	H			€	H
8									H	H			€	H
9									H	H			€	H
10									H	H			€	H
11									H	H			€	H
12									H	H			€	H

(1) 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.

(2) CSP = ONQ (Ouvrier Non Qualifié) / OQ (Ouvrier Qualifié) / EMP (Employé) / MT (Maîtrise & Technicien) / IC (Ingénieur & Cadre) / A (Apprenti) / GNS (Gérant Non Salaré) / DNS (Dirigeant Non Salaré)

(3) HTT = Heures réalisées Hors Temps de Travail

(4) PRO'A : à renseigner et compléter l'annexe **G.**

(5) À renseigner selon les modalités applicables dans la branche : Montant Brut + Charges Patronales, à renseigner sauf si vous fournissez annuellement l'ensemble de vos salaires à OCAPIAT  
Au titre du Plan Volontaire

(6) A renseigner selon les modalités applicables dans la branche et uniquement si la base des Heures mensuelles rémunérées est différente de 151,67 h (base par défaut). Au titre du Plan Volontaire

### A SAVOIR POUR OPTIMISER LE TRAITEMENT DE VOS DEMANDES PAR NOS SERVICES

En cas d'actions groupe comportant plusieurs entités juridiques, **une DPC doit être effectuée par entreprise.**



**Ce formulaire PDF est remplissable !**

Ce formulaire est au format PDF avec des champs remplissables vous permettant de saisir directement dans le document, de le sauvegarder à tout moment (vous conservez vos coordonnées déjà saisies pour votre prochaine demande) et enfin de l'imprimer avant de le signer pour envoi à OCAPIAT.

Pour simplifier son traitement, adressez **votre dossier COMPLET** à votre centre de gestion en 2 temps :

#### ENVOI 1<sup>er</sup> TEMPS

▶ **AVANT la date de début de la formation**

à cocher

#### LISTE DES JUSTIFICATIFS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PRÉALABLE

**LA PRÉSENTE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE COMPLÉTÉE & SIGNÉE (CADRES A, B, C, D, E – EN PAGES 1, 2 ET 3)**

**LA CONVENTION DE FORMATION de l'organisme ou de votre service de formation interne.**

- Pour les salariés relevant du secteur Pêche, Cultures Marines et Coopération Maritime : un relevé de navigation datant de moins de 3 mois et portant les nom et prénom du stagiaire ou copie du dernier bulletin de salaire si l'ancienneté y figure expressément.
- Pour les Dirigeants Non-Salariés du secteur Pêche et Cultures Marines : une copie de l'attestation de la MSA ou de l'Urssaf Poitou Charentes relative au versement de votre cotisation Formation Professionnelle. De plus, pour les conjoints collaborateurs : une copie de l'attestation de l'Enim ou de la MSA confirmant votre statut.
- Pour les nouveaux installés à la Pêche : une copie de l'acte de francisation.
- Pour les nouveaux installés en Cultures Marines : une copie de l'extrait Kbis ou de la décision favorable de la Commission Cultures Marines.

**POUR LES NOUVEAUX INSTALLÉS PÊCHE ET CULTURES MARINES :**  
*«J'atteste sur l'honneur le versement de mes prochaines cotisations à OCAPIAT»*

**SI ACTION PRO-A (cadre G à compléter en page 5) et en complément de la demande et du programme :**

**COPIE DE L'AVENANT AU CONTRAT DE TRAVAIL DU BÉNÉFICIAIRE** qui précise la durée et l'objet de la reconversion ou promotion par alternance signé des 2 parties

**N.B : En cas de contrôle, vous devez être en capacité de nous fournir une pièce qui matérialise la commande d'achat de formation (Convention de Formation ou devis ou bon de commande ou contrat de prestation de service).**



▶ **APRÈS LA RÉALISATION DE LA FORMATION** et réception de notre accord et au plus tard dans les 3 mois suivant la fin de la formation. A défaut, et sans réponse aux relances effectuées par nos services, la prise en charge est annulée.

à cocher

**LISTE DES JUSTIFICATIFS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**ATTESTATION(S) D'ASSIDUITÉ** co-signée(s) par les stagiaires et le formateur ou Certificat de réalisation.

*SI ABSENCE DE SUBROGATION* : **FACTURE DE L'ENTREPRISE** au nom d'OCAPAT accompagnée de la facture acquittée.

*SI FRAIS ANNEXES (déplacement, hébergement)* : **FACTURE(S)** hôtel, titre de transport, agence de voyage, autoroute, parking, restauration.

*Pour les formations maritimes longues (de plus de 150 heures), avec participation sur la rémunération ou versement d'une bourse de stage au stagiaire, bulletins de salaire ou avis de paiement d'un organisme tiers (ASP, Pôle Emploi...)* pendant la durée de la formation.

**N.B : En cas de contrôle, vous devez être en capacité de nous fournir une pièce qui matérialise la commande d'achat de formation (Convention de Formation ou devis ou bon de commande ou contrat de prestation de service).**