



Demande de prise en charge - Aide à l'exercice de la fonction de Maître d'Apprentissage

Entreprise de 11 salariés et plus

Entreprise

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

N° IDCC :

N° SIRET :

Personne à contacter :

E-mail :

Ville :

N° adhérent :

OCAPIAT

Centre de gestion Régional

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Rendez-vous sur www.ocapiat.fr pour connaître les coordonnées de votre direction territoriale]

Demande

Nom du Maître d'Apprentissage :

Prénom du Maître de d'Apprentissage :

Date de naissance du Maître d'Apprentissage :

Nom de l'Apprenti(1) :

Date de début du contrat :

Prénom de l'Apprenti :

Date de fin du contrat :

Nom de l'Apprenti(2) :

Date de début du contrat :

Prénom de l'Apprenti :

Date de fin du contrat :

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

Pièce justificative

La présente demande de prise en charge complétée et signée.

ce document doit être adressé à OCAPIAT en même temps que le(s) CERFA(s).

La validation

Par la présente, j'atteste :

- de l'exactitude des informations mentionnées sur cette demande,

Fait le :

À :

Signature et tampon de l'entreprise :