



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

Entreprise

Raison sociale :

Adresse :

Code postal :

N° IDCC :

N° SIRET :

Personne à contacter :

E-mail :

Ville :

N° adhérent :

OCAPIAT

**Service Pêche, Cultures Marines
et Coopération Maritime**

6 rue des Senneurs

29900 Concarneau

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,
- de ne pas avoir effectué d'autres demandes cette année pour d'autres apprentis à la date de signature du présent document.

Fait le :

À :

Signature et tampon de l'entreprise :