



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 d'OCAPIAT 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	CSP	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise	Type de contrat	Niveau actuel de formation	Reconnu travailleur handicapé

LE TUTEUR

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

LES COÛTS

Coût pédagogique (H.T.) :	Coût pédagogique divers (H.T.) :	Frais du stagiaire : Salaire Brut Chargé =
€	€	€

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, **un document annexé 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 : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris

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