|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | **MESURES COVID 19**  **ARGUMENTAIRE DEMANDE**  **à joindre A la lettre de demande** |
| **L’ACTION** | **Nombre de salariés concernés :** | |  |
| **Emploi concerné :** | |  |
| **Formation concernée :** | |  |
| **Modalité(s) de la formation (groupe, individuel …) :** | |  |
| **Bénéfices attendues**  **de la formation** | |  |
| **IMPACT DU COVID 19 SUR L’ACTIVITE** | Rupture de production | | **partielle  totale**  **Durée :  Précision :** |
| Rupture de services | | **partielle  totale**  **Durée :  Précision** |
| Rupture de matière première, d’approvisionnement | | **partielle  totale**  **Durée :  Précision** |
| Rupture de main d’œuvre  **(emploi concerné et formation)** | | **partielle  totale**  **Durée :  Précision :** |
| Rupture du réseau de distribution | | **partielle  totale**  **Durée :  Précision** |
| Autres précisions de contexte que l’entreprise souhaite motiver | | (ex : % baisse du chiffre d’affaire, saisonnalité …) |
|  | | **MESURES COVID 19**  **ARGUMENTAIRE DEMANDE**  **à joindre A la lettre de demande** | |
| **AIDES** | **Dans le cadre de la pandémie COVID-19, bénéficiez-vous d’aides de l’Etat/ de la région ?  oui  non**  **Avez-vous effectué une demande d’activité partielle auprès de votre Direccte ?**  **oui  non**  **Votre demande a-t-elle été acceptée ?**  **oui  non**  *Si non, quel(s) motifs de refus :* | | |
| **ATTESTATION** | *Je soussigné(e)…………………………………………………………………………………..*  *atteste sur l’honneur l’exactitude des éléments déclarés dans mon dossier*   |  |  | | --- | --- | | Pour l’entreprise, M…. | | | Date : | | |  | Signature : | |  |  | |  |  | | | |