|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 : |
|   |   |
|   |   |

 |