DPC unique | Annexe parcours | Annexe action collective

OPCALIA
PROMOTEUR DE COMPÉTENCES

choisir le type d'action
- choisir le type d'action -

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
Plan / C.P.F. / Période de Professionnalisation
Bilan de Compétences / V.A.E.

N° de dossier
Réservé OPCALIA

Gagnez du temps en saisissant votre demande sur OPCABOX ! www.opcalia.com

* : champs obligatoires

ENTREPRISE — Catégorie

* Raison Sociale _____ n° _____
Adresse _____

Code Postal _____ _____

Contact _____ e-mail _____

* N° siret _____ Tél _____
Secteur (pour les branches OPCALIA)

ORGANISME DE FORMATION — si formation interne, cocher ici

* Raison Sociale _____ n° _____
* Adresse _____
* Code Postal _____ Ville _____
Contact _____ e-mail _____

N° siret _____ Tél _____

* N° d'activité _____ (stagiaires) Fax _____ 1 1

ACTION DE FORMATION — N° interne entreprise

* Intitulé du stage _____
* Durée du stage _____ * Date de début / / * Date de fin 1 1

* Code CPF* _____ Type d'action évolution/maintien dans l'emploi développement des compétences 0 0

Coût Pédagogique global HT _____ euros Frais annexes prévisionnels _____ euros Début :

Si l'entreprise règle directement l'organisme, cochez ici *dont* *Salaires + all.form.* _____ *Hébergt/repas* _____

L'action entre dans le cadre d'un dossier d'aide publique *Transport* _____ *Divers* _____ 1 1

Les heures non réalisées ne pourront être prises en charge par OPCALIA 0 0

Fin :
13

STAGIAIRES

	* Nom et Prénom	* CSP	n° (sécurité sociale si CPF)	n° matricule	Niveau de formation	CDI (1)	CPF (2)	PP (2)	HTT (2)	R.Q.T.H. (3)	
							Nombre d'heures				16
1									2		
2									1		
3									1		
4									1		
5									1		
6									1		
7									1		
8									1		
9									1		

Si le nombre de stagiaires est supérieur à 9, merci de joindre une annexe

(1) - Seuls les salariés en **CDI** peuvent bénéficier d'une prise en charge PP
(2) - **CPF** : Compte Personnel de Formation, **PP** : Période de Professionnalisation, **HTT** : Hors Temps de Travail, **indiquez le nombre d'heures correspondantes**
(3) - A cocher si le salarié bénéficie de la **R**econnaissance de la **Q**ualité de **T**ravailleur **H**andicapé (cofinancements possibles, à voir avec votre conseiller)
(4) - Mentions obligatoires CPF : code formation CPF (portail CPF), n° de sécurité sociale et accord exprès du salarié

J'atteste sur l'honneur :

- L'exactitude des informations mentionnées dans la présente demande,

- Que les stagiaires ci-dessus sont salariés de l'entreprise au moment de la réalisation de l'action de formation,

- Ne pas demander le financement de cette formation à un autre OPCA,

* Nom du signataire
Fonction
* Date

créer un champ nom signataire
créer un champ fonction
Créer un cham date

*** SIGNATURE ET CACHET**

v05.2014

Document à retourner accompagné du programme à l'adresse ci-dessous :

mettre la liste déroulante tles régions/opér