CPF

Volet 1/3

Demande de prise en charge

Compte personnel de formation

Tous secteurs

Cette demande de prise en charge dûment complétée, ainsi que les justificatifs demandés, doivent être envoyés à votre Délégation régionale du FAFSEA 30 jours avant le début de la formation.

Démarches à entreprendre

1. Le salarié transmet cette demande de prise en charge au FAFSEA au moins 30 jours avant le début de la formation accompagnée du programme de formation, du devis de formation, du dernier bulletin de salaire, de la copie de l'attestation MSA ou de la carte vitale et l'attestation du nombre d'heure de DIF acquis au 31/12/2014 (uniquement pour la 1ère demande de financement mobilisant des heures de DIF).
2. En cas d'acceptation de financement, le FAFSEA adresse une notification de financement à l'ensemble des parties concernées.
3. Au terme de l'action de formation, l'organisme de formation adresse au FAFSEA l'ensemble des pièces justificatives mentionnées sur la notification de financement.

Salarié

☐ M. ☐ Mme Nom : _____

Prénom : _____

Nom de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____ Date de naissance : __ __ ____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

Diplôme le plus élevé obtenu : _____

Emploi occupé : _____

Date d'entrée dans la vie professionnelle : __ __ ____

Date d'entrée dans l'entreprise : __ __ ____

Type de contrat de travail ☐ CDI ☐ CDD ☐ CUI CDI ☐ CUI CDD

☐ à temps complet ☐ à temps partiel ___ heures par mois

CSP :

☐ Ouvrier non qualifié ☐ Ouvrier qualifié ☐ Ouvrier hautement qualifié

☐ Employé ☐ Agent de maîtrise/Technicien ☐ Ingénieur/Cadre

Reconnaissance travailleur handicapé (RQTH, IPP >ou = à 10%...) ? ☐ Oui ☐ Non

Organisme de formation

Raison sociale : _____

N° de SIRET : _____ N° d'activité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Interlocuteur : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

Projet de formation

Certification (code CPF) : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⚠ **Sans code CPF, la demande ne peut être instruite**

Intitulé de la formation : _____

Date de début de la formation : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊_ date de fin : ⌊_⌊_ ⌊_⌊_ ⌊_⌊_⌊_⌊_

Durée totale (CPF + autre dispositif) : ⌊_⌊_⌊_ heures, soit ⌊_⌊_⌊_ jours

Type de formation : ☐ présentielle ☐ à distance ☐ mixte

Lieu de la formation : code postal : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_ Ville : _____

Coût total de la formation

		Montants
Coûts pédagogiques (TTC ou net de taxe)		⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_, ⌊_⌊_ €*
Rémunération (taux horaire brut chargé)		⌊_⌊_, ⌊_⌊_ €/heure
Frais annexes (montants estimés)		
• Hébergements (HT)	Nb unités : ⌊_⌊_	⌊_⌊_⌊_⌊_, ⌊_⌊_ €
• Repas (HT)	Nb unités : ⌊_⌊_	⌊_⌊_⌊_⌊_, ⌊_⌊_ €
• Transports		⌊_⌊_⌊_⌊_, ⌊_⌊_ €

** Ce montant doit correspondre à celui renseigné par l'organisme de formation sur son devis.*

Modalité de prise en charge par le FAFSEA

Le FAFSEA règle directement les coûts pédagogiques à l'organisme de formation, au réel en cohérence avec la qualité de la formation.
La rémunération est remboursée à l'employeur (si la formation se déroule pendant le temps de travail). Elle est au maximum égale au montant total financé au titre des frais de formations et des frais annexes pour les seules heures inscrites sur le compte personnel formation.
Les frais annexes sont remboursés à l'employeur (si formation PTT) ou au salarié (si formation HTT) au réel et à 100% dans la limite d'un plafond journalier de 130 €.

Le salarié

☐ M. ☐ Mme _____ (Prénom) _____ (Nom) :

☐ atteste sur l'honneur l'exactitude des informations données ;

☐ donne son accord pour mobiliser les heures de DIF et/ou CPF inscrite sur son compte personnel de formation pour financer la présente formation, dans la limite de la durée totale de la formation et pour un maximum de 150 heures ;

☐ ne souhaite pas associer son employeur à la réalisation de cette action de formation hors temps de travail et demande à ce que la confidentialité soit préservée.

Salarié	**Opérateur CEP**
Fait à _____ le ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	Fait à _____ le ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Signature :	Nom et qualité du signataire :
	Signature :

L'entreprise

A remplir par l'employeur du salarié en poste

N° Adhérent : E

Si renseigné, vous dispense de remplir le reste du bloc Entreprise

Raison sociale :

N° de SIRET : Code NAF : Code CCMSA :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E.mail :

Intitulé convention collective : Code IDCC :

Secteur professionnel d'activité :

Effectif de l'entreprise :

Attestation de l'employeur pour formation pendant le temps de travail

Je soussigné (e), agissant en qualité de pour l'entreprise désignée ci-dessus :

☐ Certifie que le demandeur (nom, prénom) est salarié de l'entreprise depuis le

☐ Atteste avoir accordé au demandeur une autorisation d'absence de heures, du au en vue de participer à la formation dans le cadre de la mobilisation des heures de son compte personnel de formation.

L'employeur atteste de l'exactitude des informations portées sur cette demande de prise en charge

Fait à le

Signature et cachet de l'entreprise

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation régionale du Fafsea.
Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com