

Compte personnel de formation - CPF

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

1 Pour les entreprises de 10 salariés et plus,
la prise en charge est conditionnée au versement
de la contribution CPF (0,2%) à Intergros

**À transmettre à Intergros
1 mois avant le début de la formation**

Entreprise

SIREN : Raison sociale :
Nom de la personne à contacter :
Numéro de téléphone : Courriel :

Salarié(e)

Nom usuel : Prénom :
Nom de naissance, si différent :
Numéro de NIR (sécurité sociale) :
Date de naissance : CSP :
Niveau de formation actuel :
Niveau à l'issue de la formation :
Bénéficiaire d'une reconnaissance d'un handicap : oui non Type de contrat :
Date d'entrée dans l'entreprise :

Formation choisie

Intitulé :
Code CPF :
Date de début : Date de fin : Lieu :
Nombre d'heures de formation : h, dont h, en dehors du temps de travail

Organisme de formation

SIREN : Raison sociale :
Numéro de déclaration d'activité :
L'organisme a-t-il une certification qualité ? oui non Si oui, laquelle ? :

Coûts de formation

Coût pédagogique : € HT
Frais annexes - *Uniquement pour les actions réalisées pendant le temps de travail*
- Salaire horaire brut chargé (plafond de charges à 45 %) : €
- Frais de déplacement : nombre de km : x 0,45 € = €
train ou avion : = €
- Frais de repas : nombre de repas : x € (25 € maximum/repas) = €
- Frais d'hébergement : nombre de nuits : x € (100 € maximum/nuitée) = €
- Autres frais (à préciser) : = €
L'employeur demande le paiement direct à l'organisme de formation (soumis à acceptation d'Intergros) : oui non

Compte personnel de formation - CPF

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Conditions générales

L'employeur s'engage à verser sa contribution au titre du Compte Personnel de Formation - CPF à Intergros (0,2 %) : oui non
Uniquement pour les entreprises assujetties à la contribution formation « 10 salariés et plus »

L'employeur donne son accord pour cofinancer l'action au titre du plan de formation : oui non
Uniquement pour les formations pendant le temps de travail

L'employeur atteste qu'aucun autre financement n'a été demandé pour cette formation.

Fait à :

Le :

En ma qualité de représentant légal de l'entreprise
ou de son représentant, je certifie l'exactitude des renseignements
portés dans cette demande de prise en charge

Le salarié donne son accord pour mobiliser ses heures DIF
et/ou CPF, atteste avoir pris connaissance et certifie
par sa signature l'exactitude des renseignements portés
dans cette demande de prise en charge

Signature du représentant légal et cachet de l'entreprise

Signature du (de la) salarié(e)

Documents à renvoyer

Cette demande de prise en charge est à retourner accompagnée de :

- en cas de formation **pendant le temps de travail** :
- la convention de formation signée avec l'entreprise
 - le programme de la formation
 - la copie du dernier bulletin de paie du salarié
 - l'attestation du solde d'heures DIF

- en cas de formation **en dehors du temps de travail** :
- le contrat, la convention ou le devis signé avec le salarié
 - le programme de la formation
 - la copie du dernier bulletin de paie du salarié
 - l'attestation du solde d'heures DIF

à **INTERGROS**

Immeuble Le Tryptique - 12 avenue André-Marie Ampère - CS 60067
Champs sur Marne - 77 447 Marne-La-Vallée Cedex 2

**! Toute demande
de prise en charge incomplète
ne pourra être traitée**