

Ce document concerne les salariés qui ne souhaitent pas associer leur employeur à leur projet de formation et pour lesquels la formation se déroulera en dehors du temps de travail. Il permet au salarié et aux opérateurs du CEP d'adresser à l'OPCA concerné, la demande de financement qui sera réalisée en toute confidentialité de l'employeur.

LE SALARIE

N° de Sécurité Sociale :

Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Mail :

Emploi occupé :

Diplôme le plus élevé obtenu :

sans niveau spécifique	niveau VI (dont illeté, analphabét)	niveau V bis (préqualif)	niveau V (CAP, BEP, CFPA)	niveau IV (BP, BT)	niveau III (BTS, DUT)	niveau II (lic. ou maîtrise)	niveau I (sup. à la maîtr.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie socio-professionnelle :

Ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié	Employé	Technicien/Agent de maîtrise	Cadre/ingénieur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type de contrat : CDD / CDI intérimaire / permanent SIAE

Bénéficiaire d'une reconnaissance d'un handicap ? : oui non

SON ENTREPRISE

Raison sociale : N° de SIRET (ou URSSAF) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Intitulé de la convention collective (code IDCC) :

APE/NACE : Contribution 0,2 « CPF » : versée à ? gérée en interne ?

PROJET DE FORMATION

Action de formation

Intitulé de la formation :

Certification (code CPF) :

Dates de formation : du au

Durée totale (heures CPF + autres) : heures

Type de formation : présentielle à distance mixte

Lieu de formation - CP : Ville :

Organisme de formation

Raison sociale :

N° déclaration d'activité : N° SIRET :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : Mail :

Assujettissement à la TVA ? : oui non

COÛT TOTAL DE LA FORMATION

Coût pédagogique (HT) :

€

ABONDEMENT OPCALIA :

Nombre d'heures :Montant total

AUTRES FINANCEMENTS EN COMPLÉMENT DU CPF :

Nombre d'heures :Montant total

N.B. : À renseigner si un abondement a été trouvé par l'opérateur CEP en dehors des abondements financés par l'OPCA et l'OPACIF

RESTE A CHARGE POUR LE TITULAIRE :

Nombre d'heures :Montant total

N.B. : À renseigner s'il reste un montant associé au coût pédagogique à payer par le salarié

PIÈCES À JOINDRE

- Attestation du nombre d'heures de DIF (uniquement pour la première demande de financement mobilisant des heures de DIF)
- Programme de formation et devis

ATTESTATION (case à cocher)

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 inscrites 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 et demande à ce que la confidentialité soit préservée

A , le

Signature

L'opérateur CEP,

Raison sociale :

Nom, prénom :

Tel :

Mail :