



Demande de prise en charge PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

Boost'Compétences (entreprises – de 50 salariés)
Effectif : moins de 11 salariés

L'ENTREPRISE

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° IDCC : N° adhérent :

N° SIRET

Personne à contacter :

Tél :

Email :

OCAPIAT

DIRECTION GESTION SIEGE

20 Place des Vins de France CS11240

75603 PARIS cedex 12

L'ACTION DE FORMATION

Intitulé de la formation

Date de début : Date de fin : Durée par stagiaire : Nombre de stagiaires :

Lieu de la formation : en inter-entreprises en intra-entreprise en interne

Si formation interne : Nom et Prénom du formateur interne : Date de naissance :

Le dépôt de la demande vaut acceptation des conditions générales d'OCAPIAT. Conditions générales disponibles sur le site internet d'OCAPIAT www.ocapiat.fr.

LE DISPENSATEUR DE FORMATION

Raison sociale :

N° de déclaration d'activité :

Adresse : Code Postal : Ville :

N° SIRET : Assujetti à la TVA : Oui Non

Tél : Em@il :

LE SALARIE

Nom & prénom	Sexe	CSP	date de naissance (jj/mm/aaaa)	Date d'entrée dans l'entreprise	Type de contrat	Reconnu travailleur handicapé

LES COÛTS

Coût pédagogique (H.T.) :	Coût pédagogique divers (H.T.) :	Frais du stagiaire : salaire (dans la limite du SMIC horaire chargé)
€	€	€

LES MODALITES DE FINANCEMENT

Entreprises de moins de 50 salariés : pour la formation de mes salariés qui ne relève pas des actions prioritaires d'OCAPIAT, je souhaite accéder à une prise en charge à hauteur de 45% des coûts éligibles* en contrepartie de l'adhésion à l'offre volontaire Boost'Compétences avec versement volontaire à hauteur de 55% des coûts éligibles*

* Coûts éligibles = coûts pédagogiques, coûts pédagogiques divers et salaires plafonnés



LES PIECES JUSTIFICATIVES (A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE)

Si demande préalable à la formation :

La présente demande de prise en charge complétée et signée

La copie de la convention de formation signée par l'employeur et l'organisme de formation, ou, en cas de formation interne, un document annexé précisant l'intitulé, l'objectif et le contenu de l'action, les moyens prévus, la durée et la période de réalisation, ainsi que les modalités de déroulement, de suivi et de soutien de l'action

Si demande a posteriori de la formation :

La présente demande de prise en charge complétée et signée

La copie de la convention de formation signée par l'employeur et l'organisme de formation, ou, en cas de formation interne, un document annexé précisant l'intitulé, l'objectif et le contenu de l'action, les moyens prévus, la durée et la période de réalisation, ainsi que les modalités de déroulement, de suivi et de soutien de l'action

La facture avec mention acquittée apposée par l'organisme de formation

Le certificat de réalisation de l'action complété par le dispensateur de formation

LA VALIDATION

Fait le :

A :

Signature et cachet de l'entreprise (obligatoire) :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente demande

Les informations nominatives, financières et pédagogiques contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par OCAPAT. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès d'OCAPAT par voie postale ou à dpd@ocapiat.fr et vous référer aux mentions légales et politique de confidentialité d'OCAPAT disponibles sur www.ocapiat.fr

Depuis le 1er avril 2019 (arrêté du 29 mars 2019), OCAPAT est agréé Opérateur de compétences par le ministère du travail.

Coordonnées de votre direction régionale OCAPAT : sur www.ocapiat.fr

Coordonnées du siège : Lotissement 41, 128 rue La Boétie, 75008 Paris

N° SIRET : 844 752 006 00016 - Code APE : 9499Z- N° TVA intracommunautaire : FR80844752006