

N° de dossier
Réservé OPCALIA

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

* : champs obligatoires

ENTREPRISE

Catégorie -- choisir dans la liste * --

* Raison Sociale n°
 Adresse
 Code Postal
 Contact e-mail
 * N° siret Tél
 Secteur -- choisir dans la liste -- (pour les branches OPCALIA)

ORGANISME DE FORMATION

si formation interne, cocher ici

* Raison Sociale
 * Adresse
 * Code Postal Ville
 Contact e-mail
 N° siret Tél
 * N° d'activité Fax

ACTION DE FORMATION

N° interne entreprise

* Intitulé du stage
 * Durée du stage * Date de début --- --- * Date de fin --- ---
 Type d'action adaptation au poste évolution/maintien dans l'emploi développement des compétences

Coût Pédagogique global HT euros Frais annexes prévisionnels euros
 Si l'entreprise règle directement l'organisme, cochez ici
 L'action entre dans le cadre d'un dossier d'aide publique
 (stagiaires) Salaires + all.form. Héberg/repas
 Transport Divers

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

STAGIAIRES

	* Nom et Prénom	* CSP	n° sécurité sociale <small>non obligatoire si vous nous avez transmis votre fichier salariés</small>	clé	Niveau de formation	(1) (2) (3)				R.Q.T.H.
						CDI	DIF	PP	HTT	
						Nombre d'heures				
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si le nombre de stagiaires est supérieur à 9, joignez une liste des salariés concernés en reprenant les informations ci-dessus (nom, CSP, n° SS, ...)

(1) - Seuls les salariés en CDI peuvent bénéficier d'une prise en charge DIF et/ou PP

(2) - DIF : Droit Individuel à la 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 Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (cofinancements possibles, à voir avec votre conseiller)

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

*** SIGNATURE ET CACHET**