

**DEMANDE DE PRISE EN
CHARGE
D'UNE ACTION DE
FORMATION**

(à retourner avec le programme de formation)

REMBOURSEMENT ENTREPRISE

REGLEMENT PAR L'OPCALIA

ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : _____ N° INDEX : _____
 ADRESSE : _____
 TELEPHONE : _____ FAX : _____ CORRESPONDANT : _____

DISPENSATEUR DE LA FORMATION

RAISON SOCIALE : _____
 ADRESSE : _____
 N° D'EXISTENCE : _____
 (N° Immatriculation DTEFP)
 TEL : _____ FAX : _____

FORMATION

INTITULE DU STAGE : _____
 (Joindre le programme)
 DUREE POUR 1 STAGIAIRE : _____
 (En Heures)
 DATES : _____
 (début – fin)
 LIEU : _____
 DE LA FORMATION : _____
 NIVEAU : _____
 DE LA FORMATION : _____
 TYPE DE FORMATION : _____
 Adaptation au poste évolution des emplois ou maintien dans l'emploi développement des compétences
 COUT PEDAGOGIQUE : _____
 (Coût HT)

STAGIAIRES (N° de Sécurité Sociale Obligatoire)

NOM ET PRENOM	N° SECURITE SOCIALE	QUALIFICATION					DIF ⁶	
		ONQ ¹	OQ ²	EMP ³	AMT ⁴	IC ⁵	HTT ^a	TT ^b

En cas d'absence non motivée d'un ou plusieurs stagiaires, les heures non réalisées ne seront pas réglées par l'OPCALIA et resteront à la charge de l'entreprise. Merci de nous communiquer dans les meilleurs délais toute annulation à ce stage ou toute autre modification.

(1) Ouvrier non qualifié - (2) ouvrier qualifié - (3) employé - (4) agent maîtrise - (5) ingénieur cadre - (6) Droit individuel de formation - (a) Total heures hors temps de travail - (b) Total heures pendant temps de travail

Date :
Signature et cachet