



BULLETIN D'INSCRIPTION ACTIONS COLLECTIVES / BRANCHE/TUTORAT

Demande préalable de prise en charge
Seuls les dossiers déposés avant le début de l'action et
complets peuvent faire l'objet d'une prise en charge

A retourner **PAR MAIL** daté et signé à
votre délégation territoriale **ET** à
l'organisme de formation 15 jours avant
le début de la formation

CENTRE OUEST: centreouest@opcadefi.fr (Centre, Bretagne, Haute et Basse Normandie, Pays de la Loire)
NORD EST: nordest@opcadefi.fr (Alsace, Champagne-Ardenne, Ile de France, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Picardie)
SUD OUEST: sudouest@opcadefi.fr (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes)
SUD : sud@opcadefi.fr (Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur)
SUD EST: rhonealpesauvergne@opcadefi.fr (Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes)

Entreprise

N° d'Adhérent _____ Raison Sociale _____ Personne à contacter _____
 Téléphone _____ Mail _____
 SIRET _____ BRANCHE Chimie Pharmacie Plasturgie Pétrole L'Union
 EFFECTIF de l'entreprise: moins de 10 entre 10 et 49 entre 50 et 250 + de 250
 Appartenance à un Groupe: OUI NON
 Votre PLAN de FORMATION est géré par l'OPCA DEF I: OUI NON

Action mise en œuvre

Intitulé _____ Lieu adhenia formation _____
 Dates du _____ au _____ Durée de la formation _____ heures
 Durée rémunérée par stagiaire _____ heures

Evaluation des frais

Organisme de formation: Dénomination _____ Adresse _____ Frais pédagogiques _____ €
 MODALITES DE REGLEMENT DES COUTS PEDAGOGIQUES: Délégation de paiement totale Délégation de paiement partiel Frais de l'entreprise
 * Voir notice ou rdv sur le site www.opcadefi.fr
 Salaires bruts chargés _____ €
 Allocation formation _____ €
 Transport _____ €
 Hébergement, repas _____ €
 Divers _____ €
 TOTAL _____ €

Bénéficiaires

| Nom | Prénom | N° Sécurité Sociale ou date de naissance | SEXE | Catégorie socio-prof | Coef. | Type de contrat (CDD ou CDI) | Salaire Horaire BRUT chargé | Cocher (avec la lettre X) la ou les dispositifs correspondants | | | | | | Si Hors Temps de Travail | | |
|-----|--------|--|------|----------------------|-------|------------------------------|-----------------------------|--|-------|--------------------------|-------|--------------------------|-------|---|-------|----------------------|
| | | | | | | | | PLAN | Durée | DIF | Durée | Période de pro. | Durée | Eventuellement: Nombre d'heures de DIF mobilisé dans le cadre de la Période de Prof | Durée | Allocation Formation |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | |

N'oubliez pas !

Merci de joindre à la présente DPEC :

En cas de DIF: La demande de DIF du salarié.
En cas d'un Parcours de Période de Professionnalisation:
l'utilisation du formulaire PP est recommandé.

Je soussigné, atteste que les informations mentionnées ci-dessus sont exactes, et m'engage à ne pas modifier ma demande après avoir eu la confirmation du financement de l'OPCA DEF;
- que dans le cas de formation hors temps de travail, un accord ainsi qu'un engagement ont été formalisés entre employeur et salarié ; qu'en cas de réalisation de formation en situation de production, les représentants du personnel ont été informés.
- que si la demande de financement concerne le DIF, je confirme que le présent formulaire vaut acceptation de la / des demandes de DIF formulées par le(s) salariés.

Fait le _____ A
 NOM-Prénom _____
 FONCTION _____
 Cachet et signature du responsable de l'entreprise