



## Projet de formation

Certification (code CPF) :   Sans code CPF, la demande ne peut être instruite

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Date de début de la formation :  date de fin : Durée totale (CPF + autre dispositif) :  heures, soit  joursType de formation :  présentielle  à distance  mixteLieu de la formation : code postal :  Ville : \_\_\_\_\_

## Coût total de la formation

		Montants
Coûts pédagogiques (TTC ou net de taxe)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €*
Rémunération (taux horaire brut chargé)		<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €/heure
Frais annexes (montants estimés)		
• Hébergements (HT)	Nb unités : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
• Repas (HT)	Nb unités : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
• Transports		<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €

\* Ce montant doit correspondre à celui renseigné par l'organisme de formation sur son devis.

## Modalité de prise en charge par le FAFSEA

Le FAFSEA règle directement les coûts pédagogiques à l'organisme de formation dans la limite de 40€ TTC ou nets de taxes par heure (75€ TTC ou nets de taxes maximum par heure pour un bilan de compétences).

La rémunération est remboursée à l'employeur (si la formation se déroule pendant le temps de travail). Elle est au maximum égale au montant total financé au titre des frais de formations et des frais annexes pour les seules heures inscrites sur le compte personnel formation.

Les frais annexes sont remboursés à l'employeur (si formation PTT) ou au salarié (si formation HTT) au réel et à 100% dans la limite d'un plafond journalier de 130 €.

## 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 inscrite 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 hors temps de travail et demande à ce que la confidentialité soit préservée.

## Salarié

Fait à \_\_\_\_\_ le 

Signature :

## Opérateur CEP

Fait à \_\_\_\_\_ le 

Nom et qualité du signataire :

Signature :

## L'entreprise

### *A remplir par l'employeur du salarié en poste*

N° Adhérent : E [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*Si renseigné, vous dispense de remplir le reste du bloc Entreprise*

Raison sociale : \_\_\_\_\_

N° de SIRET : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Code NAF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Code CCMSA : [ ] [ ] [ ] [ ]

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fax : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E.mail : \_\_\_\_\_

Intitulé convention collective : \_\_\_\_\_ Code IDCC : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Secteur professionnel d'activité : \_\_\_\_\_

Effectif de l'entreprise : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### *Attestation de l'employeur pour formation pendant le temps de travail*

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_ agissant en  
qualité de \_\_\_\_\_ pour l'entreprise désignée ci-dessus : Certifie que le demandeur (nom, prénom) \_\_\_\_\_  
est salarié de l'entreprise depuis le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Atteste avoir accordé au demandeur une autorisation d'absence de [ ] [ ] [ ] [ ] heures, du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
au [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] en vue de participer à la formation \_\_\_\_\_  
dans le cadre de la mobilisation des heures de son compte personnel de formation.**L'employeur atteste de l'exactitude des informations  
portées sur cette demande de prise en charge**

Fait à \_\_\_\_\_ le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Signature et cachet de l'entreprise

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation Fafsea.  
Toutes nos coordonnées sont disponibles sur [www.fafsea.com](http://www.fafsea.com)

