

Reconversion ou promotion par alternance - ProA

Demande de prise en charge

Démarches à entreprendre

- 1 L'employeur transmet cette demande au moins 30 jours avant le début de la formation, accompagnée de l'**avenant au contrat** précisant la durée et l'objet de la reconversion ou de la promotion par alternance, **la convention de formation, le bon de commande ou le devis approuvés** ;
- 2 Le FAFSEA informe l'employeur de sa décision après réception du **dossier complet** ;
- 3 En cas d'acceptation de financement, le salarié suit sa formation et le FAFSEA règle les frais de formation :

A l'employeur, après réception des pièces justificatives suivantes :

- la facture de la prestation réalisée avec mention « acquittée » par l'organisme de formation (cachet et signature) ;
- le certificat de réalisation de l'action de formation établi par l'organisme de formation ;
- le relevé des frais annexes accompagnés des justificatifs ;
- un document attestant que le bénéficiaire est salarié de l'entreprise au moment de sa formation ;
- et le relevé d'identité bancaire de l'entreprise.

A l'organisme de formation à hauteur de l'engagement du FAFSEA, **dans le cadre d'une subrogation de paiement demandée par l'entreprise** et acceptée par le FAFSEA, après réception des pièces justificatives suivantes :

- la facture de la prestation réalisée ;
- le certificat de réalisation de l'action de formation ;
- un document attestant que le bénéficiaire est salarié de l'entreprise au moment de sa formation ;
- et le relevé d'identité bancaire de l'organisme de formation.

A noter : en cas d'anomalie constatée dans l'exécution de l'action de formation, le FAFSEA peut demander à l'organisme de formation tout document complémentaire nécessaire pour s'assurer de la réalité de l'action et de sa conformité aux dispositions légales et réglementaires.

Ce que doit comporter une convention de formation

La convention de formation doit comporter les mentions suivantes :

- 1 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 sanction de l'action
- 2 Le prix de l'action et les modalités de règlement

Les bons de commandes ou les devis approuvés peuvent tenir lieu de convention s'ils satisfont à ces mentions ou si une de leurs annexes y satisfait. (Articles L6353-1 et D6331-1 du code du travail)

Reconversion ou promotion par alternance - ProA

Tous secteurs*

Demande de prise en charge

Nom de l'organisme de formation :

Intitulé de l'action de formation :

Le bénéficiaire

M. Mme Nom

Nom de naissance

Prénom :

Né(e) le | | | | | à : n° de dpt | | | , ville

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Niveau de Formation :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VI (fin de scolarité obligatoire) | <input type="checkbox"/> V (Brevet des collèges) |
| <input type="checkbox"/> V (Certificat de formation générale) | <input type="checkbox"/> V (BEP ou 1ère, CAP, CFPA) |
| <input type="checkbox"/> IV (Bac et Brevet Professionnel ou Technique) | <input type="checkbox"/> IV (Bac général) |
| <input type="checkbox"/> III (Bac + 2) | <input type="checkbox"/> II (Bac + 3 et 4) |
| <input type="checkbox"/> I (Bac + 5 et plus) | |

Certification la plus élevée obtenue (diplôme, CQP)

Date d'obtention de cette certification : | | | | |

Reconnaissance travailleur handicapé (RQTH, IPP >ou = à 10%...) ? Oui Non

Date d'entrée dans la vie prof. | | | | | Date d'entrée dans l'entreprise | | | | |

Type de contrat de travail CDI CUI CDI

Temps de travail : à temps complet à temps partiel | | | heures par mois

Fonction exercée

Qualification :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié | <input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié | <input type="checkbox"/> Ouvrier hautement qualifié |
| <input type="checkbox"/> Employé | <input type="checkbox"/> Agent de maîtrise/Technicien | <input type="checkbox"/> Ingénieur/Cadre |

A remplir par l'entreprise

L'entreprise

Numéro d'adhérent FAFSEA **E** | | | | |

OU, À DÉFAUT :

Numéro Siret | | | | | Code NAF | | | | |

Raison sociale

Adresse :

Code postal | | | | | Ville

Tel | | | | | Fax | | | | |

* Hors Chambres d'Agriculture

Les informations nominatives contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par le Fafsea. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Fafsea par voie postale ou à donneespersonnelles@fafsea.com.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation Fafsea. Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com

Reconversion ou promotion par alternance - ProA

Tous secteurs*

Demande de prise en charge

E.mail du gestionnaire du dossier

Convention collective

Secteur professionnel d'activité

Effectif de l'entreprise | | | | | dont | | | | | hommes et | | | | | femme

A remplir si la formation rentre dans le cadre d'une Reconnaissance convention collective

	Avant l'action de reconversion ou de promotion	A l'issue de l'action de reconversion ou de promotion
Niveau d'emploi		
Coefficient hiérarchique		

Evaluations prévues entre le salarié et l'employeur en fin de formation, pour vérifier que le niveau d'emploi visé est atteint :

.....

.....

Le tuteur

Un tuteur a été désigné pour accompagner le bénéficiaire.

Nom et prénom du tuteur

Né(e) le | | | | |

Statut dans l'entreprise (salarié, chef d'entreprise...)

Qualification ou poste occupé

Nombre d'années d'expérience professionnelle | | |

Nombre d'années d'expérience dans la qualification préparée par le bénéficiaire | | |

Nombre de bénéficiaires de dispositifs de formation en alternance suivis par le tuteur | | |

Modalités de financement

En qualité d'employeur :

Je demande à être remboursé par le FAFSEA

Je souhaite que les coûts pédagogiques soient réglés à l'organisme de formation par le FAFSEA

(financement dans la limite des fonds disponibles)

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

Fait le | | | | | ,

à

Entreprise (mentionner nom et qualité du signataire)

Signature et cachet de l'entreprise

* Hors Chambres d'Agriculture

Les informations nominatives contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par le Fafsea. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Fafsea par voie postale ou à donneespersonnelles@fafsea.com.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation Fafsea. Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com

Mise à jour du 25.01.2019

