

# DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION

SECTEUR AGRICOLE \*

1  
VOLET

## ➤ DÉMARCHES À ENTREPRENDRE

- 1 • Le salarié remplit cette demande de prise en charge. Au plus tard 60 jours avant le début de la formation, il transmet cette demande à son employeur, accompagnée du programme détaillé de la formation de son choix et d'une copie de son dernier bulletin de salaire.
- 2 • L'employeur complète les rubriques relatives à l'entreprise, indique sa décision par rapport au choix de l'action de formation et transmet un exemplaire de cette décision au salarié (volet 5). L'absence de réponse de l'employeur dans un délai d'un mois est considérée comme valant acceptation du choix de l'action de formation. En cas d'accord et **au plus tard 30 jours avant le début de la formation, l'employeur transmet le dossier complet (volets 1 à 4 + documents annexés) à la délégation régionale du FAFSEA.**
- 3 • Si toutes les conditions d'éligibilité sont remplies, le Fafsea informe l'entreprise, l'organisme de formation et le salarié de sa participation financière à l'action de formation, selon les règles spécifiques au DIF.
- 4 • Le Fafsea signe, avec l'organisme de formation, un contrat de prestation de service et le salarié suit la formation prévue. L'employeur maintient la rémunération du salarié et/ou lui verse l'allocation de formation.
- 5 • Au terme de la formation, le Fafsea règle à l'organisme de formation, les coûts pédagogiques (sur présentation de la facture et des attestations de présence) et à l'entreprise, la participation financière au titre de l'allocation de formation et/ou de la rémunération (sur présentation du dossier de règlement et du/des bulletins de salaire mentionnant le versement de l'allocation de formation).

## ➤ A REMPLIR PAR LE SALARIÉ

M.  Mme  Mlle Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Né(e) le : / /  N° dépt :  à : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal :  Ville : \_\_\_\_\_

Niveau de Formation :

VI (fin de scolarité obligatoire)  V (niveau BEP ou 1ère année du cycle secondaire)

IV (Niveau Bac)  III (niveau Bac + 2)

II (niveau Bac + 3 et 4)  I (niveau Bac + 5 et plus)

Certification la plus élevée obtenue (diplôme, CQP, RPP) : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans la vie professionnelle : / /

Date d'embauche dans l'entreprise : / /

Type de contrat de travail CDI :  à temps complet  à temps partiel :  heures par mois

Fonction exercée : \_\_\_\_\_

Qualification :

Ouvrier non qualifié  Ouvrier qualifié  Ouvrier hautement qualifié

Employé  Agent de maîtrise/Technicien  Ingénieur/Cadre

Droits acquis au titre du DIF :  heures

Formation demandée (intitulé) : \_\_\_\_\_

### Signature du salarié

Fait à \_\_\_\_\_, le (date de remise de cette demande à l'employeur) : \_\_\_\_\_

**Au moins 30 jours avant le début de la formation, cette demande de prise en charge dûment complétée et accompagnée du programme de la formation et d'une copie du dernier bulletin de salaire, doit être envoyée à votre Délégation régionale du FAFSEA.**



\* Entreprises de la production agricole, de travaux agricoles et/ou forestiers, du paysage, des CUMA et des sylviculteurs.



> A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE

**Entreprise**

N° Adhérent FAFSEA : E

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

N° de SIRET :           Code APE :     Code CCMSA :

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

Code postal :       Ville : \_\_\_\_\_

Tél. :         Fax :

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

Convention collective : \_\_\_\_\_

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

Effectif de l'entreprise :     dont     hommes et     femmes

**Financement de la formation**

La prise en charge du FAFSEA, au titre des coûts pédagogiques, de l'allocation de formation et/ou de la rémunération, est plafonné à :

- pour une action de formation : 25 € net de taxes / heure de formation suivie ;
- pour un bilan de compétences : 66 € net de taxes / heure suivie, dans la limite de 24 heures ;
- pour une VAE : de 50 à 66 € net de taxes / heure selon le niveau de formation au moment du DIF.

Budget prévisionnel	Coût horaire TTC	Nombre d'heures	Total TTC
Coûts pédagogiques ou d'accompagnement	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € TTC	X <input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
Allocation de formation (formation hors le temps de travail)	Salaire horaire net de référence <sup>(1)</sup> : <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € X 50% = <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	X <input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
Salaire brut chargé (formation pendant le temps de travail)	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €	X <input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
<b>TOTAL</b>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €

(1) Salaire horaire net de référence : total des salaires nets des 12 mois précédant la formation divisé par le total des heures rémunérées au cours de ces 12 mois. Pour vous aider à déterminer le montant de l'allocation de formation, une fiche de calcul vous est proposée sur [www.fafsea.com](http://www.fafsea.com)

**Au moins 30 jours avant le début de la formation, cette demande de prise en charge dûment complétée et accompagnée du programme de la formation et d'une copie du dernier bulletin de salaire, doit être envoyée à votre Délégation régionale du FAFSEA.**

**L'employeur atteste de l'exactitude des informations portées sur ce document. Tout élément de salaire ou de coût non déclaré sur la présente, ne pourra donner lieu à remboursement après acceptation de prise en charge par le FAFSEA.**

Fait à \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

**Entreprise**  
Signature et cachet de l'entreprise

> DÉCISION DE L'EMPLOYEUR CONCERNANT LE DIF

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_  
 agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
 pour l'entreprise : \_\_\_\_\_

■ certifie que le demandeur (nom, prénom) \_\_\_\_\_  
 ■ est salarié de l'entreprise depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, sous contrat à durée indéterminée  à temps complet /  à temps partiel pour une durée de \_\_\_\_\_ heures par mois, en tant que (emploi occupé) : \_\_\_\_\_ ;

■ après avoir pris connaissance de la demande d'utilisation de DIF transmise par le salarié,  
 donne mon accord ,  
 donne mon accord sous réserve de l'approbation de l'action de formation par le FAFSEA.  
 refuse,

l'action de formation (intitulé) : \_\_\_\_\_ qui débute le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ et prend fin le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, pour une durée de \_\_\_\_\_ heures dont \_\_\_\_\_ heures de formation se déroulant hors temps de travail ;

■ atteste que la durée de l'action de formation demandée n'excède pas le DIF acquis par le salarié, ce dernier représentant \_\_\_\_\_ heures.

En cas d'approbation,

■ je m'engage à verser à l'intéressé l'allocation de formation et/ou la rémunération due ;  
 ■ je reconnais avoir pris connaissance des règles et modalités de participation financière du FAFSEA au Droit Individuel à la Formation (volet 3).

**A noter :**

■ L'absence de réponse de l'employeur dans un délai d'un mois est considérée comme valant acceptation du choix de l'action de formation.  
 ■ Si durant deux années civiles consécutives, l'employeur et le demandeur sont en désaccord sur le choix de l'action de formation au titre du DIF, le salarié a la possibilité de présenter, au FAFSEA, cette action dans le cadre d'un CIF.

**Au moins 30 jours avant le début de la formation, cette demande de prise en charge dûment complétée et accompagnée du programme de la formation et d'une copie du dernier bulletin de salaire, doit être envoyée à votre Délégation régionale du FAFSEA.**

**Signature et cachet de l'entreprise**

Fait à \_\_\_\_\_  
 le \_\_\_\_\_

Volet Employeur à transmettre au FAFSEA avec toute demande de prise en charge



> DÉCISION DE L'EMPLOYEUR CONCERNANT LE DIF

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_  
 agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
 pour l'entreprise : \_\_\_\_\_

■ certifie que le demandeur (nom, prénom) \_\_\_\_\_  
 ■ est salarié de l'entreprise depuis le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, sous contrat à durée indéterminée  à temps complet /  à temps partiel pour une durée de \_\_\_\_\_ heures par mois, en tant que (emploi occupé) : \_\_\_\_\_ ;

■ après avoir pris connaissance de la demande d'utilisation de DIF transmise par le salarié,  
 donne mon accord ,  
 donne mon accord sous réserve de l'approbation de l'action de formation par le FAFSEA.  
 refuse,

l'action de formation (intitulé) : \_\_\_\_\_ qui débute le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ et prend fin le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, pour une durée de \_\_\_\_\_ heures dont \_\_\_\_\_ heures de formation se déroulant hors temps de travail ;

■ atteste que la durée de l'action de formation demandée n'excède pas le DIF acquis par le salarié, ce dernier représentant \_\_\_\_\_ heures.

En cas d'approbation,

■ je m'engage à verser à l'intéressé l'allocation de formation et/ou la rémunération due ;  
 ■ je reconnais avoir pris connaissance des règles et modalités de participation financière du FAFSEA au Droit Individuel à la Formation (volet 3).

**A noter :**

■ L'absence de réponse de l'employeur dans un délai d'un mois est considérée comme valant acceptation du choix de l'action de formation.  
 ■ Si durant deux années civiles consécutives, l'employeur et le demandeur sont en désaccord sur le choix de l'action de formation au titre du DIF, le salarié a la possibilité de présenter, au FAFSEA, cette action dans le cadre d'un CIF.

**Au moins 30 jours avant le début de la formation, cette demande de prise en charge dûment complétée et accompagnée du programme de la formation et d'une copie du dernier bulletin de salaire, doit être envoyée à votre Délégation régionale du FAFSEA.**



**Signature et cachet de l'entreprise**

Fait à \_\_\_\_\_  
 le \_\_\_\_\_

Volet à transmettre par l'employeur au Salarié