

DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION

SECTEUR AGRICOLE *

1
VOLET

Pour vos dossiers 2008,
date limite de
recevabilité :
28 février 2009

➤ DÉMARCHES À ENTREPRENDRE

- 1 • L'entreprise transmet cette demande de remboursement, accompagnée des pièces justificatives (voir page 2), à la délégation régionale du FAFSEA dont elle dépend.
- 2 • Si toutes les conditions d'éligibilité sont remplies, le FAFSEA envoie à l'entreprise sa participation financière à l'action de formation, selon les règles spécifiques au DIF.

➤ BÉNÉFICIAIRE

Je soussigné 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

atteste avoir demandé à bénéficier de mes droits acquis au titre du DIF s'élevant à ____ heures pour suivre la formation mentionnée ci-dessous.

➤ ACTION DE FORMATION

Nature de l'action : Formation Bilan de compétences VAE

Intitulé de la formation	_____			
Type de formation	<input type="checkbox"/> Diplôme	<input type="checkbox"/> Titre	<input type="checkbox"/> C.Q.P.	<input type="checkbox"/> R.P.P.
	<input type="checkbox"/> Rec. conv. collect.		<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Niveau de la formation (pour un diplôme, un titre ou autre)	<input type="checkbox"/> I,	<input type="checkbox"/> II,	<input type="checkbox"/> III,	<input type="checkbox"/> IV, <input type="checkbox"/> V, <input type="checkbox"/> VI
Niveau d'emploi correspondant (pour un CQP, une RPP ou une reconnaissance conv. collective)	_____			

Date de début de la formation : ____/____/____ date de fin : ____/____/____

Durée de la formation : ____ jours, soit ____ heures dont ____ heures hors temps de travail

Signature du salarié

Fait à _____ le _____

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



