

DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION - LICENCIEMENT

TOUS SECTEURS

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 Licenciement.

> 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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> VI (fin de scolarité obligatoire) | <input type="checkbox"/> V (niveau BEP ou 1ère année du cycle secondaire) |
| <input type="checkbox"/> IV (Niveau Bac) | <input type="checkbox"/> III (niveau Bac + 2) |
| <input type="checkbox"/> II (niveau Bac + 3 et 4) | <input type="checkbox"/> 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 :

- | | | |
|---|---|---|
| <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 |

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 _____



