



Congé individuel de formation

CDD (Contrat à durée déterminée)

Entreprise

Raison sociale :

N° de SIRET :

OU

Nom et prénom :

Nom de jeune fille :

Commune de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél. :

Fax :

E.mail :

Secteur professionnel d'activité :

Code NAF :

Nombre de salariés (équivalents temps plein) :

Autorisation d'absence

Je soussigné (e),

agissant en qualité de
pour l'entreprise désignée ci-dessus :

- certifie que le demandeur (nom, prénom) est salarié de l'entreprise sous contrat à durée déterminée du au à temps complet / à temps partiel pour une durée de heures par mois, en tant que (emploi occupé) ;
- atteste avoir accordé au demandeur une autorisation d'absence du au pour suivre le cycle de formation (intitulé de la formation) : qui débute le et se termine le , effectué en continu / discontinu ;
- que pendant les périodes de fermeture de l'organisme de formation (congés scolaires ou universitaires, il est convenu avec le salarié : qu'il réintègre l'entreprise / qu'il utilise ses droits à congés rémunérés / qu'il se trouve en situation de congés sans solde ;
- m'engage, après acceptation de la demande de prise en charge par le FAFSEA, à verser à l'intéressé la rémunération due sur la base du remboursement du FAFSEA ;
- reconnais avoir pris connaissance des règles et modalités de prise en charge du Congé Individuel de Formation par le FAFSEA ;
- m'engage à prévenir le FAFSEA de toute modification qui pourrait intervenir sur le contrat de travail du salarié (avenant, rupture anticipée...).

Document obligatoire
pour toute demande
de prise en charge
d'un CIF CDD
débutant pendant
l'exécution du contrat
de travail sous CDD.

Entreprise

Signature et cachet de l'entreprise

Fait à
le

