

Période de professionnalisation

Attention !

La période de professionnalisation ne peut se dérouler qu'après accord de financement du FAFSEA

Cette demande de prise en charge dûment complétée, ainsi que les justificatifs demandés, doivent être envoyés à votre Délégation régionale du FAFSEA au moins 30 jours avant le début de la formation.

Démarches à entreprendre

- 1 • Quel que soit l'initiateur, l'employeur transmet cette demande de prise en charge au FAFSEA au moins 30 jours avant le début de la formation, accompagnée d'une copie du dernier bulletin de salaire et du programme de la formation. Si l'initiateur est le salarié, le document justifiant de ses droits acquis au titre du DIF et la demande écrite auprès de l'employeur doivent également être joints.
- 2 • Le FAFSEA informe l'employeur et le salarié de sa décision dans les 3 semaines qui suivent la réception du dossier complet.
- 3 • En cas d'acceptation, le salarié suit sa formation et l'employeur règle les frais de formation, la rémunération et/ou l'allocation de formation.
- 4 • Après la formation, l'employeur envoie au FAFSEA un dossier de règlement et les pièces justificatives : copie de la convention de formation (si la formation est dispensée par un organisme de formation), attestations de présence en formation, bulletins de salaire.

Initiative de la demande

- l'employeur pour une durée totale de [] [] [] [] heures,
 dont ● [] [] [] [] heures pendant le temps de travail ;
 ● et/ou [] [] [] [] heures hors temps de travail.
- le salarié pour une durée totale de [] [] [] [] heures,
 dont ● [] [] [] [] heures pendant le temps de travail ;
 ● et/ou [] [] [] [] heures hors temps de travail.
 Nombre d'heures excédant le DIF : [] [] [] [] heures.

Le bénéficiaire, salarié en CDI

M. Mme Mlle Nom : _____
 Prénom : _____
 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 (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, RPP) : _____

Date d'obtention de cette certification : [] [] [] [] [] []

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 |

* Entreprises de la production agricole, de travaux agricoles et/ou forestiers, du paysage, CUMA, sylviculteurs, entraîneurs de chevaux. Exploitations et entreprises agricoles ayant une activité d'enseignement, d'animation, d'accompagnement des pratiques équestres, de location, de prise en pension et de dressage d'équidés.



L'entreprise

N° Adhérent FAFSEA : E

Raison sociale : _____

N° de SIRET : Code NAF : Code CCMSA :

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Tél. : Fax :

E.mail : _____

Convention collective : _____

Secteur professionnel d'activité : _____

Effectif de l'entreprise : dont hommes et femmes

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

	Avant la Période de professionnalisation	A l'issue de la Période de professionnalisation
Niveau d'emploi		
Coefficient hiérarchique		

Intitulé de la Convention collective nationale de branche : _____

Evaluations prévues en fin de formation, pour vérifier que le niveau d'emploi visé est atteint : _____

Financement

Le FAFSEA rembourse l'employeur dans la limite de 25 € net de taxes par heure de formation suivie, au titre des coûts pédagogiques, de l'allocation de formation et/ou de la rémunération, sur présentation des pièces justificatives qui accompagnent le dossier de règlement.

Budget prévisionnel	Coût horaire	Nombre d'heures	Total
Coûts pédagogiques de l'action de formation	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € HT	X <input type="text"/> <input type="text"/> H	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € HT
Allocation de formation (formation hors le temps de travail)	Salaire horaire net de référence (1) : <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"/> €
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"/> €
TOTAL			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> €
Demande de prise en charge au FAFSEA	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> € (25 € maxi)	X <input type="text"/> <input type="text"/> H	<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

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 _____

Nom et qualité du signataire : _____

Signature et cachet de l'entreprise

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation régionale du Fafsea.

Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com