

SAISISSEZ DIRECTEMENT
SUR VOTRE ESPACE DÉDIÉ

M-Gestion
Par OPCO Mobilités



À défaut, complétez le formulaire et renvoyez-le cacheté et signé à
OPCO Mobilités - Service Prise en charge
TSA 10003
93499 MONTREUIL CEDEX

ENTREPRISE

Raison sociale

SIRET

Adresse

CP/Ville

Code activité (NAF)

IDCC

Téléphone

Effectif

E-mail

ORGANISME DE FORMATION

Formation interne

Raison sociale

SIRET

Adresse

CP/Ville

N° de Déclaration d'Activité (NDA)

E-mail

Téléphone

ACTION DE FORMATION

Intitulé

Durée

heures par stagiaire, réparties sur

jour(s)

Date de début

/ /

Date de fin

/ /

Coût pédagogique de l'action

€ HT

Lieu de la formation:

En organisme

En entreprise

Autre

Si autre: Adresse

CP

Ville

Frais annexes prévisionnels

€ HT

dont Repas

€ HT

Hébergement

€ HT

Transport

€ HT

Modalité d'intervention:

SALARIÉ(S)

Nom - Prénom	NIR ⁽¹⁾ N° de sécurité sociale	Sexe H / F		CSP ⁽²⁾	Date de Naissance	Niveau de formation initiale ⁽³⁾	Travailleur handicapé*		Type de contrat ⁽⁴⁾	Salaire horaire chargé
		H	F				oui	non		
		H	F		/ /		oui	non		
		H	F		/ /		oui	non		
		H	F		/ /		oui	non		
		H	F		/ /		oui	non		
		H	F		/ /		oui	non		

* Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

Autorise la prise en charge des coûts pédagogiques, non financés sur les fonds mutualisés d'OPCO Mobilités, sur les versements volontaires ou conventionnels**

Souhaite la prise en charge des frais annexes sur les versements volontaires ou conventionnels**

Souhaite la subrogation de paiement

** OPCO Mobilités utilisera les versements volontaires de votre entreprise à hauteur du solde disponible au jour de la notification du dossier. Pour les contributions conventionnelles, le solde disponible sera utilisé après vérification de l'éligibilité de l'action relevant de cette contribution.

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Programme de formation
- La convention d'engagement signée par l'entreprise et l'organisme de formation

Fait à
Le / /

Signature et cachet de l'entreprise (obligatoire) :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), (Nom Prénom)

agissant en qualité de (Titre)

- Atteste que j'ai pris connaissance des modalités contractuelles figurant sur le site opcomobilites.fr
- Atteste que les stagiaires sont salariés de l'entreprise au moment de la réalisation de l'action de formation.
- Atteste que toutes les informations figurant sur ce formulaire sont exactes.
- M'engage à informer OPCO Mobilités de toute modification.
- Déclare sur l'honneur ne pas bénéficier d'une autre aide financière pour la formation ci-dessus mentionnée.

CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE APPLICABLES

1- ACTIONS DE FORMATION

L'action doit être conforme aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles le cas échéant, en particulier à l'article L.6313-1 du code du travail, ainsi qu'aux circulaires d'application émanant du Ministère en charge de la Formation Professionnelle.

2 - ENTREPRISE

L'entreprise doit être à jour de ses contributions auprès d'OPCO Mobilités.

3 - SALARIÉS

Les prises en charge ne concernent que les salariés de l'entreprise.

(1) NIR (N° de sécurité sociale):	(2) CSP (Catégorie Socio-Professionnelle):	(3) Niveau de formation initiale du salarié:	(4) Type de contrat:
La saisie du NIR des salariés est obligatoire à compter du 1 ^{er} juillet 2023 (directives DGEFP)	Ouvrier Employé Agent de maîtrise, technicien Ingénieur et cadre	Aucun diplôme ni titre professionnel (Niveau 1) Brevet, Certificat de Formation Générale (Niveau 2) CAP, BEP, Titre professionnel (niveau 3) BP, BAC, BAC PRO ou Technologique, Titre professionnel (niveau 4) BTS, DUT, Titre professionnel (niveau 5) Licence, Licence PRO, BUT, Titre professionnel (niveau 6) MASTER, diplôme d'ingénieur, Titre professionnel (niveau 7) Doctorat (niveau 8)	CDD CDI Contrat d'apprentissage Contrat de professionnalisation CUI (en CDD ou CDI) CDD insertion

4 - ORGANISME DE FORMATION

OPCO Mobilités finance, en application de l'article L6316-1 du code du travail, uniquement des actions dispensées par un organisme respectant les critères qualité en vigueur.

Par ailleurs, les formations certifiantes financées doivent être dispensées par un organisme habilité ou identifié en tant que tel par le certificateur. Il relève de leur responsabilité du respect de cette condition.

L'ENTREPRISE S'ENGAGE À CONSERVER SES JUSTIFICATIONS PENDANT 3 ANS MINIMUM AFIN DE POUVOIR LES PRÉSENTER, LE CAS ÉCHÉANT, AUX AUTORITÉS DE CONTRÔLE DU MINISTÈRE DU TRAVAIL.

 [Le guide pratique des modalités de prise en charge de votre branche est à votre disposition sur notre site](#)

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter [votre délégation régionale](#). 

Politique de confidentialité des données:

Dans le cadre de ce formulaire, vos données personnelles font l'objet d'un traitement nous permettant de traiter vos demandes de prise en charge. Ces traitements sont mis en œuvre par OPCO Mobilités en qualité de responsable de traitement. Elles ne seront conservées que le temps nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. OPCO Mobilités prend toutes les mesures techniques et organisationnelles pour garantir la sécurité de vos données. Pour obtenir plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles ou pour exercer vos droits, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité <https://www.opcomobilites.fr/politique-de-confidentialite> ou à nous écrire à l'adresse suivante : OPCO Mobilités DPO - 204, Rond-Point du Pont de Sèvres - 92100 BOULOGNE - BILLANCOURT