

**PREFET**

**DE LA REGION**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification du salarié** | Date de début d'activité partielle | **Intitulé de la formation** | **Accord écrit du salarié transmis à l'entreprise OUI/NON** |
| Nom | Prénom | Intitulé de la formation | Date de début de formation | Date de fin de formation |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Je certifie l’exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier.

 Fait pour valoir ce que de droit,

A Le

L’Entreprise,

(nom, prénom et qualité du signataire

+ cachet de l’Entreprise