

CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION

Demande de prise en charge préalable

(À retourner impérativement dans les 5 jours suivant la date de début du contrat)

Branches des Transports, Logistique et Services

2020

IDENTIFICATION

Réf OPCO

Raison sociale

SIRET

LE SALARIÉ

Nom

Prénom

C.S.P. (catégorie socio-professionnelle) (1)

Reconnaissance travailleur handicapé

(1) C.S.P. :

1 = Ouvrier

3 = Employé

4 = Agent de maîtrise, Technicien

6 = Ingénieur et Cadre

L'ORGANISME DE FORMATION

Raison sociale

Adresse

CP/Ville

E-mail

SIRET

Téléphone

N° de Déclaration d'Activité

LE TUTEUR

Lieu de travail

Le tuteur a-t-il déjà suivi une formation tuteur ?

Pour ce salarié majeur, le lieu de travail du tuteur est différent du lieu d'exécution du bénéficiaire du contrat mais j'atteste que le tuteur pourra pleinement exercer sa mission.

MODALITES DE PAIEMENT

Coût de la formation (H.T.)

€

Souhaite que OPCO Mobilités règle directement l'organisme de formation cité ci-dessus (soumis à l'acceptation de l'OPCO).

PIECES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Le CERFA EJ20 complété,

La convention de formation signée par l'entreprise et l'organisme de formation,

Le calendrier de la formation,

Le programme détaillé,

L'attestation de formation du tuteur pour les entreprises relevant de la CCN des TRANSPORTS ROUTIERS ET ACTIVITES AUXILIAIRES.

**Nous vous rappelons que toutes les zones du CERFA doivent obligatoirement être remplies.
Toute demande de prise en charge incomplète sera retournée à l'entreprise.**

> ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), (Nom Prénom)
agissant en qualité de (Titre)

Atteste :

- Etre habilité(e) à faire une demande de prise en charge pour le compte de cette entreprise.
- Avoir pris connaissance des modalités contractuelles figurant sur le site de OPCO Mobilités, www.opcomobilites.fr
- Que toutes les informations portées sur ce document sont exactes.
- Je m'engage à informer OPCO Mobilités de toute modification.
- Je déclare sur l'honneur ne pas bénéficier d'une autre aide financière pour la formation ci-dessus mentionnée.

Fait à
Le / / 2020

Signature :

Signature et cachet de l'entreprise
(obligatoire)

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 : dpo@opcomobilites.fr