

Démarches à entreprendre

- 1 Le salarié active son compte personnel de formation sur www.moncompteactivite.gouv.fr, et reporte, le cas échéant, ses heures de DIF. Il sélectionne la formation éligible qu'il souhaite suivre et l'organisme de formation dispensateur (au besoin, il se fait conseiller par le Fafsea dans le cadre du Conseil en Evolution Professionnelle).
- 2 Le salarié transmet cette demande de prise en charge au FAFSEA au moins 30 jours avant le début de la formation accompagnée :
 - du programme de formation,
 - du devis de formation,
 - du dernier bulletin de salaire,
 - de l'attestation du nombre d'heures de DIF acquis au 31/12/2014 (uniquement pour la 1^{ère} demande de financement mobilisant des heures de DIF)
 - et du RIB du centre de formation.

A noter : Pour une demande de CPF hors temps de travail, le salarié effectue sa demande de prise en charge directement sur www.moncompteactivite.gouv.fr.

- 3 En cas d'acceptation de financement, le FAFSEA adresse une notification de financement à l'ensemble des parties concernées.
- 4 Au terme de l'action de formation, l'organisme de formation adresse au FAFSEA l'ensemble des pièces justificatives mentionnées sur la notification de financement.

Compte personnel de formation - CPF

Demande de prise en charge

Le salarié

N° SS | | | | | | | | | | | | | | | |

M. Mme Nom

Nom de naissance

Prénom :

Né(e) le : | | | | | | | | | |

Adresse :

Code postal | | | | | | Ville

Tel | | | | | | | | | | E-mail

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, CFP) |
| <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) :

Date d'obtention de cette certification : | | | | | | | | | |

Reconnaissance travailleur handicapé (RQTH, IPP >ou = à 10%...) ? Oui Non

Date d'entrée dans la vie prof. | | | | | | | | | | Date d'entrée dans l'entreprise | | | | | | | | | |

Type de contrat de travail CDI CDD CUI CDI CUI CDD

Temps de travail : 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 |

Le centre de formation

Numéro d'activité | | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro Siret | | | | | | | | | | | | | | | | Code NAF | | | | | | | |

Raison sociale

Adresse :

Code postal | | | | | | Ville

Tel | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | |

Interlocuteur

Email

Mise à jour du 25.01.2019



Les informations nominatives contenues dans le présent document sont exclusivement exploitées par le Fafsea. En application de loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Fafsea par voie postale ou à donneespersonnelles@fafsea.com.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation Fafsea. Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com

Compte personnel de formation - CPF

Demande de prise en charge

Projet de formation

Certification (code CPF) : | | | | | | | | | |  Sans code CPF, la demande ne peut être instruite

Intitulé de la formation :

Date de début de la formation : | | | | | | | | | | date de fin : | | | | | | | | | |

Durée : | | | | heures, soit | | | | jours

Type de formation : présentielle à distance mixte

Lieu de la formation : code postal | | | | | | Ville

Coût total de la formation

Coût pédagogique (TTC ou net de taxe)	= , €*
Droits monétisés inscrits sur le compte CPF du bénéficiaire	= , €
A renseigner si les droits monétisés du bénéficiaire sont inférieurs au coût pédagogique	
Total restant à charge (coût pédagogique - droits monétisés du bénéficiaire)	= , €
Répartition du montant restant à charge	
<input type="checkbox"/> Abondement par l'employeur	= , €
<input type="checkbox"/> Abondement par le bénéficiaire	= , €
<input type="checkbox"/> Autres (précisez)	= , €
.....	= , €

* Ce montant doit correspondre à celui renseigné par l'organisme de formation sur son devis.

Modalités de prise en charge par le FAFSEA

(sous réserve des fonds disponibles)

Le FAFSEA règle directement les coûts de formation à l'organisme dispensateur dans la limite des droits monétisés du bénéficiaire.

Le salarié

M. Mme Nom et prénom :

atteste sur l'honneur l'exactitude des informations données ;

donne son accord pour mobiliser la somme inscrite sur son compte personnel de formation selon les conditions de prise en charge définies ci-dessus.

Fait le | | | | | | | | | | ,

à

Salarié

Signature

Mise à jour du 25.01.2019



Demande de prise en charge

A remplir par l'entreprise

L'entreprise

Numéro d'adhérent FAFSEA **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OU, À DÉFAUT :

Numéro Siret | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Code NAF | | | | | | | | | | | | | | | | Code CCMSA | | | | |

Raison sociale

Adresse :

Code postal | | | | | | | | Ville

Tel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | | | | | | | |

Code IDCC | | | | | | | | Convention collective

Secteur professionnel d'activité

Effectif de l'entreprise | | | | | | | | dont | | | | | | | | hommes et | | | | | | | | femme

Attestation de l'employeur pour formation pendant le temps de travail

Je soussigné (e),

agissant en qualité de

pour l'entreprise désignée ci-dessus :

Certifie que le demandeur (nom, prénom)
est salarié de l'entreprise depuis le | | | | | | | | | | | | | | | |

Atteste avoir accordé au demandeur une autorisation d'absence de | | | | | heures,
du | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | | | | | | |

en vue de participer à la formation

dans le cadre de ses droits acquis au titre de son compte personnel de formation.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements
fournies sur la présente demande.

Fait le | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ,
à

Entreprise (mentionner nom et qualité du signataire)

Signature et cachet de l'entreprise

Mise à jour du 25.01.2019

