

DEMANDE DE GESTION DE PERIODE DE PROFESSIONNALISATION CQP AMT

Dispositif réservé aux salariés en contrat à durée indéterminée

Branche/Groupe (-A-) : **B 18000**

Raison sociale de l'ENTREPRISE :

N° SIRET :

N° ADHERENT :

Interlocuteur :

Mail :

Tel :

Les dossiers incomplets ne pourront pas être pris en charge (voir au dos la notice -B- précisant les pièces à fournir).

Cette demande ne vaut pas inscription auprès de l'organisme de formation.

AGEFOS PME

Attn: M Nadhem KHERIGI

259 / 261 rue de Paris

93 100 MONTREUIL

Cadre réservé à AGEFOS PME

	Professionnalisation	Solde
Dossier n°		

PRESTATAIRE DE FORMATION (-C-)

Nombre de prestataires de formation intervenant : **0**

Ligue de Paris de Tennis

N° déclaration d'activité (-C- 11 7532811 25

N° Siret : 78435435900043

Adresse : 83 rue la Fontaine

CP : 75016

Ville : PARIS

Téléphone 01 44 14 67 89

Fax : 01 46 4744 11

MISE EN ŒUVRE DE LA PERIODE DE PROFESSIONNALISATION

Intitulé exact (-D-) : CQP AMT

Type de sanction (-E-) : CQP

Date de début (jj/mm/aaaa) : 29/09/2011

Date de fin : 26 / 06 / 2012

Lieu : en entreprise en organisme de formation

Actions de (-F-)	Nbre d'Heures	Coût pédagogique horaire (HT)	Cadre réservé à AGEFOS PME	Nombre d'heures financées	Coût pédagogique HT financé
Formation	70	1 190,00 €			
Evaluation					
Accompagnement					
Total	70	1 190,00 €		0	0,00 €

Je demande la prise en charge des Rémunérations et des Frais Annexes ; le cas échéant, du coût pédagogique restant à la charge de l'entreprise sur le

Plan de Formation : Oui Non

STAGIAIRE (salarié sous CDI exclusivement)

Catégorie de salarié (en CDI) éligible à la période de professionnalisation :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Niveau de formation actuel (-H-) :

CSP :

Ouvrier non qualifié

Ouvrier qualifié

Employé

Technicien, Agent de maîtrise

Ingénieur, Cadre

Dirigeant salarié

Dirigeant non salarié (exclu de la prise en charge par AGEFOS PME)

- 1- Salarié dont la qualification est insuffisante au regard de l'évolution des technologies et de l'organisation du travail,
- 2- Salarié ayant au moins 20 ans d'activité professionnelle ou âgés de 45 ans et plus, avec au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise,
- 3- Salarié de retour d'un congé maternité,
- 4- Salarié de retour de congé parental,
- 5- Salarié qui envisage de reprendre ou créer une entreprise,
- 6- Bénéficiaire de l'obligation d'emploi

Saisir l'identifiant correspondant à la catégorie de salarié (-I)

Date d'entrée dans l'entreprise

Nb d'années d'activité (-J-) :

Poste actuel occupé :

Le cas échéant, la période de professionnalisation se réalise tout ou partie en dehors du temps de travail à l'initiative (-K-):

Salarié(e)

Employeur

Initiative salarié(e)	Initiative employeur
Nbre d'heures totales HT* :	Nbre d'heures HT* :
Utilisation du DIF : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, précisez :	
<input type="checkbox"/> heures DIF utilisées pendant le temps de travail	
<input type="checkbox"/> heures DIF utilisées HT*	

* HTT : hors temps de travail

Cadre réservé à AGEFOS PME

Si utilisation du DIF, Coût HT

Si coût supérieur, prise en charge sur

le PF, Coût HT restant

TUTEUR (A ne remplir que si un tuteur est désigné)

Rappel (art. D.981-8 à 981-10 du code du travail) : pour les salariés en période de professionnalisation, l'employeur peut choisir un tuteur parmi les salariés qualifiés de l'entreprise. La personne choisie doit être volontaire et justifier d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans dans une qualification en rapport avec l'objectif de professionnalisation visé dans le cadre d'une période de professionnalisation. L'employeur permet au tuteur de disposer du temps nécessaire pour exercer ses fonctions et se former. Le tuteur, lorsqu'il est salarié, ne peut exercer simultanément ses fonctions auprès de plus de trois salariés

(en contrat ou période de professionnalisation ou contrat d'apprentissage), deux si le tutorat est assuré par l'employeur.

A noter : des dispositions particulières peuvent être prévues par accord de branche. Consulter les textes de votre accord sur le site www.agefos-pme.com

Tuteur désigné

Nom, Prénom :

Sexe (F/H) :

Date de naissance :

CSP (-G-) :

Poste actuel :

Ancienneté dans ce poste (-L-) :

Niveau de formation (-H-) :

Nbre de personnes suivies (en contrat ou période de professionnalisation ou contrat d'apprentissage)

SIGNATURE

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur cette demande de prise en charge de "Période de Professionnalisation".

J'ai bien pris connaissance et accepte les conditions générales de gestion relative au présent document.

Nom - Prénom du signataire :

Signature et cachet

Fonction

Fait à :

Le :