

À retourner à la Délégation Conseil Handicap d'OPCALIA Ile-de-France par :

- ◆ **courrier** : OPCALIA Ile-de-France - 7 rue de Madrid - 75008 Paris
- ◆ **fax** : 01 53 82 70 97 - **mail** : conseilhandicap@opcalia-idf.com

**une demande par salarié
à adresser au plus tard
un mois après le début
de la formation.**

L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : _____

Si vous êtes déjà adhérent OPCALIA IDF, votre n° adhérent : _____

Sinon, merci de préciser votre OPCA : _____

SIRET : _____ CODE NAF : _____

SECTEUR ACTIVITÉ : _____ EFFECTIF : _____

ADRESSE : _____

CONTACT : _____ FONCTION : _____

TÉL. : _____ FAX : _____ MAIL : _____

L'entreprise a-t-elle un accord d'entreprise en faveur des salariés handicapés ? Oui Non

SALARIÉ CONCERNÉ (joindre la reconnaissance travailleur handicapé)

NOM : _____ PRÉNOM : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____ FONCTION : _____

SALAIRE HORAIRE BRUT CHARGÉ : _____

QUALIFICATION : Ouvrier Employé Agent de maîtrise Cadre

DATE D'EMBAUCHE : _____ TYPE DE CONTRAT : CDI CDD AUTRE : _____

ACTION DE FORMATION SUIVIE (heures de formation suivies en 2009)

INTITULÉ DE LA FORMATION : _____

DATES DE LA FORMATION (début / fin) : _____

DURÉE EN HEURES : A - En interne : _____ heures

B - En externe : _____ heures

Total (A + B) : _____ heures

COÛT PÉDAGOGIQUE

DE LA FORMATION : C - En interne : _____ € HT (salaire horaire du formateur x nombre d'heures de formations internes)

D - En externe : _____ € HT

TOTAL (C + D) : _____ € HT

SALAIRE DU STAGIAIRE : _____ € (salaire horaire brut chargé du stagiaire x nombre d'heures total de la formation)

FRAIS ANNEXES PRÉVISIONNELS (restauration, hébergement, déplacement) : _____

MONTANT PRIS EN CHARGE PAR L'OPCA DE BRANCHE : _____ €

MONTANT DE LA DEMANDE DE COFINANCEMENT :

TYPE DE DISPOSITIF : Contrat de professionnalisation Plan de formation

Période de professionnalisation Droit individuel à la formation (DIF)

Pour plus d'informations :

Délégation Conseil Handicap

Tél. : 01 53 82 70 14

conseilhandicap@opcalia-idf.com

Je certifie ne pas avoir reçu d'autres cofinancements que ceux déclarés ci-dessus pour cette action.

Je m'engage à informer OPCALIA Ile-de-France en cas d'obtention de nouveaux cofinancements.

Date,
cachet,
signature.