

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

- PLAN DE FORMATION  
 DIF (Non pris en charge sur le 0,5% professionnalisation)

\* Joindre obligatoirement le programme de la Formation

### ENTREPRISE

Raison Sociale	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nom du contact	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Tél.	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Télécopie	<input style="width: 25%;" type="text"/>
Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>		

### ORGANISME

Raison Sociale	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Nom du contact	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Tél.	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Télécopie	<input style="width: 25%;" type="text"/>
Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
N° de déclaration d'activité	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Adresse	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Code Postal	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Ville	<input style="width: 25%;" type="text"/>

### ACTION FORMATION

Intitulé du stage	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Durée du stage	Jours <input style="width: 20%;" type="text"/>	Heures <input style="width: 20%;" type="text"/>	
Date de début	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	Date de fin <input style="width: 15%;" type="text"/>
Coût Pédagogique total	<input style="width: 30%;" type="text"/>	€ HT	
Frais de repas total	<input style="width: 30%;" type="text"/>	€ HT	maximum 21€/jour/stagiaire
Supports pédagogiques	<input style="width: 30%;" type="text"/>	€ HT	
<b>TOTAL FORMATION</b> ①	<input style="width: 30%;" type="text"/>	€ HT	
Niveau visé par l'action de formation*	<input style="width: 10%;" type="text"/>	* 2 - Licence/Ingénieur 3 - BTS/DUT/DEUG 4 - BAC/BREVET TECHNIC 5 - BEP/CAP 6 - Fin de scolarité 9 - Attestation de formation	

### SALARIÉ

NOM	PRENOM	Numéro de sécurité sociale (5 premiers chiffres)	CSP ①	Groupe ②	Catégorie de l'action ③	Salaire horaire chargé (entreprises de + 10 salariés sur le plan fiscal)
<b>TOTAL de la demande : ① + ② =</b>			€	<b>TOTAL Salaires ②</b>		

- ① 1 - Employé; 2 - Technicien agent de maîtrise; 3 - Cadre. ② De A à G selon la convention collective des télécommunications.  
 ③ 1 - Adaptation au poste de travail; 2 - Maintien dans l'emploi; 3 - Développement des compétences.

**J'atteste sur l'honneur que le ou les salariés sont titulaires d'un contrat de travail de droit privé ainsi que l'exactitude des informations mentionnées dans la présente demande.**

Je demande à AUVICOM  le règlement à l'organisme de formation  le remboursement

Signature et Cachet : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_, fait à :

Le coût d'une action de formation est réglé par Auvicom sur la base de documents justificatifs (programme, convention, facture, attestations de présence signés par les stagiaires).

### CADRE RÉSERVÉ À AUVICOM

N° Entité <input style="width: 80%;" type="text"/>	N° Groupe <input style="width: 80%;" type="text"/>	Domaine <input style="width: 80%;" type="text"/>	Spécialité <input style="width: 80%;" type="text"/>
--	--	--	---