

*Ce document concerne les salariés qui ne souhaitent pas associer leur employeur à leur projet de formation. Dans ce cas, la formation se déroulera obligatoirement en dehors du temps de travail. Ce document permet aux opérateurs CEP ou aux salariés autonomes d'adresser à l'OPCA concerné, la demande de financement qui sera réalisée en toute confidentialité de l'employeur.*

## LE SALARIE

N° de Sécurité Sociale

Nom

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance / /

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Tél.

Courriel

Emploi occupé

Région d'exécution du contrat de travail

Code postal

Diplôme le plus élevé obtenu (case à cocher)

sans niveau spécifique	niveau VI	niveau V bis (préqualification)	niveau V (CAP, BEP, CFPA)	niveau IV (BP, BT)	niveau III (BTS, DUT)	niveau II (licence ou maîtrise)	niveau I (sup. à la maîtrise)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Catégorie socio-professionnelle (case à cocher) :

Ouvrier qualifié (OP)	Employé	Technicien	Agent de maîtrise	Cadre/ingénieur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Type de contrat

CDD / CDI intérimaire / permanent

SIAE\*

Reconnaissance travailleur handicapé ?

oui non

\* Structure d'insertion par l'activité économique

## SON ENTREPRISE

Raison sociale

N° de SIRET (ou URSSAF)

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Intitulé de la convention collective (code IDCC)

APE/NACE

La contribution CPF 0,2% est versée à l'OPCA

gérée en interne

## PROJET DE FORMATION

### Action de formation

Intitulé de la formation

Code CPF

Identifiant dossier CPF

Dates de formation

du / / au / /

Durée totale de la formation

heures

Type de formation

présentielle à distance mixte

Lieu de formation : Code postal

Ville

Pays

### Organisme de formation

Raison sociale

N° déclaration d'activité

N° SIRET

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Assujettissement TVA

Oui Non

Interlocuteur OF

Tél

Courriel

## COÛT TOTAL DE LA FORMATION

Coût pédagogique (HT)					€
Frais annexes : à renseigner <u>uniquement</u> si l'OPCA en assure le remboursement (cf. conditions de prise en charge CPF/OPCA)					
• Hébergement	Nb /unité	/	€	Montant estimé	€
• Repas	Nb /unité	/	€	Montant estimé	€
• Transports				Montant estimé	€
• Frais de garde				Montant estimé	€
<b>Total</b>					€

## AUTRES FINANCEMENTS EN COMPLÉMENT DU CPF

Nombre d'heures	Montant total	Financier
Nombre d'heures	Montant total	Financier
Nombre d'heures	Montant total	Financier

N.B. : À renseigner si un abondement a été trouvé par l'opérateur CEP en dehors des abondements financés par l'OPCA et l'OPACIF.

## PIÈCES À JOINDRE A LA PRESENTE DEMANDE

Attestation(s) du nombre d'heures de DIF (uniquement pour la première demande de financement mobilisant des heures de DIF)  
Programme de formation et devis

## ATTESTATION (case à cocher)

Le salarié, Mme, M., .....(Prénom) .....(Nom) :

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

donne son accord pour mobiliser ses heures de DIF et/ou CPF inscrites sur son **compte personnel de formation** (dans la limite de la durée totale de la formation et pour un maximum de 150 heures) pour financer la présente formation ;

ne souhaite pas associer son employeur à la réalisation de cette action de formation et demande à ce que la confidentialité du projet soit préservée.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du salarié

## A savoir

Le paiement des coûts pédagogiques s'effectue par l'OPCA à l'organisme de formation. Si le (ou les) financement(s) couvert(s) par l'OPCA ne couvre(nt) pas la totalité des coûts pédagogiques, le montant restant à charge sera réglé directement par le salarié à l'organisme de formation.

## Conseiller en évolution professionnelle (CEP)

Raison sociale : .....

Nom, prénom : .....

Tél : .....

Courriel : .....