

Nom et adresse de l'organisme de formation

CFPP IDF  
59 rue Planchat  
75020 PARIS

## Demande simplifiée de prise en charge pour les entreprises de 1 à 49 salariés – PLAN DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES

A compléter et retourner, avant le début de la formation, à l'organisme de formation

Libellé de la formation : INITIATION A LA LANGUE DES SIGNES FRANCAISE POUR L'OFFICINE

Dates : du 11 / 06 / 2020 au 18 / 06 / 2020 Lieu de la formation : 59 rue Planchat 75020 PARIS

### L'ENTREPRISE / L'ÉTABLISSEMENT

Nom / Raison sociale :

Nom de l'interlocuteur chargé du dossier :

Adresse :

CP :

Tél. :

Fax :

Mail :

Profession :

Effectif (au jour de la demande) :

Siret :

### DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

agissant en qualité de représentant(e) de l'entreprise ou de l'établissement,

demande la prise en charge des **frais pédagogiques** de l'action de formation selon les barèmes en vigueur d'Opco EP.

demande la **participation aux frais de salaire**.

demande la prise en charge des **frais de transport et d'hébergement** liés à la réalisation de cette action de formation, selon les plafonds autorisés par Opco EP et sur la base d'un trajet entreprise/lieu de formation. La distance sera calculée par Google Maps.

DES QUESTIONS ?

Contactez notre centre d'appels au  
0970838837

N° DE DOSSIER (zone réservée OPCO EP)

A																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OPCO des Entreprises de Proximité

4, rue du Colonel Driant • 75046 PARIS CEDEX 01 • Tél. : 09 70 83 88 37 • [opcoep.fr](http://opcoep.fr)

Siège social : 53, rue Ampère 75017 Paris • siret n°879 036 895 000 16 • code APE 9499 Z

OPÉRATEUR DE COMPÉTENCES AGRÉÉ PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 29.03.2019

## SALARIES

### Salarié n° 1

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre  non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

### Salarié n°2

Nom / prénom

5 premiers N° SS

Intitulé de poste

Statut du salarié

Cadre  non-cadre

Date d'entrée entreprise

Nbre d'heures/mois

Salaire mensuel brut

Je certifie que les bénéficiaires de l'action de formation, mentionnés dans la présente demande de prise en charge, sont bien salariés de l'entreprise ou de l'établissement pendant toute la durée de l'action et qu'ils ont bien été informés de leurs droits et obligations avant leur départ en formation.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le :

Signature :

Cachet de l'entreprise ou de l'établissement

### Important !

Les formations à destination des apprentis, des stagiaires et des intérimaires ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge d'OPCO EP.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises ou les établissements. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès d'OPCO EP.

## OPCO des Entreprises de Proximité

4, rue du Colonel Driant • 75046 PARIS CEDEX 01 • Tél. : 09 70 83 88 37 • [opcoep.fr](http://opcoep.fr)

Siège social : 53, rue Ampère 75017 Paris • siret n°879 036 895 000 16 • code APE 9499 Z  
OPÉRATEUR DE COMPÉTENCES AGRÉÉ PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 29.03.2019