

AFPPCDodf

BP 60127 - 13631 ARLES CEDEX

afppcdodf@me.com 06 10 28 16 05

www.asso-odf.org (onglet ADQ)

Demande simplifiée de prise en charge **PLAN**

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

Libellé de la formation : **Mention Complémentaire ODF pour l'assistant(e) dentaire**

Dates : du ___/___/___ au ___/___/___ Lieu de la formation : à 26 rue Villon Lyon (69008)

L'ENTREPRISE / L'ÉTABLISSEMENT

Nom / Raison sociale :

Nom de l'interlocuteur chargé du dossier :

Adresse :

Ville :
 CP :

Tél. Fax : Mail :

Profession : 711 - 1161 - 1161 - 1161 - 1161

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'Actalians.
- ☐ 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 Actalians et sur la base d'un trajet entreprise/lieu de formation. La distance sera calculée par Google Maps.

Conseil ! Vérifier sur www.actaliens.fr que les frais de salaire, de transport et d'hébergement sont bien pris en charge dans le cadre de cette formation.

DES QUESTIONS ?

Contactez notre centre d'appels
au 01 53 00 86 00

N° DE DOSSIER (zone réservée Actalians)

[illegible]

SALARIÉS

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'Actalians.

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'Actalians.

