

INTITULÉ FORMATION		LIEU	
		DATE	

ENTREPRISE

Nom de l'entreprise			
Nom commercial			
Forme juridique (SARL, SAS,...)			
Siret			
Nom et prénom du dirigeant / gérant			
Téléphone fixe		Téléphone mobile	
Adresse électronique			
Adresse postale			
Code Postal		Ville	
Activité principale exercée			

Avant de commencer la saisie de ce document, munissez-vous de votre attestation de versement de contribution (CFP) à la formation professionnelle (si vous relevez de l'URSAFF) ou de votre attestation de régularité de situation au regard du fonds d'assurance formation VIVEA (si vous relevez de la MSA).

À voir > Comment récupérer son attestation CFP de l'URSAFF

PARTICIPANT A LA FORMATION : Dirigeant(e) / Gérant(e)			
Nom		Date de naissance	
Prénom		N° Sécurité Sociale	
Téléphone Portable			
E-mail			
Dirigeant d'entreprise depuis	<input type="checkbox"/> - d'1 an <input type="checkbox"/> entre 1 et 3 ans <input type="checkbox"/> entre 4 et 10 ans <input type="checkbox"/> + de 10 ans	Niveau du dernier diplôme obtenu	

PARTICIPANTS A LA FORMATION : salarié(e)(e), gérant(e) salarié(e)

PARTICIPANT N°1			
Nom		N°adhérent OPCO	
Prénom		Date de naissance	
Téléphone Portable		N° Sécurité Sociale	
E-mail			
Type de Contrat (CDI, CDD, Intérim, autres...)		Niveau du dernier diplôme obtenu	<input type="checkbox"/> CAP/BP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> BAC+2
Nb d'heures travaillées mensuellement		Heures de formation hors temps de travail	
Catégorie Sociale Professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié <input type="checkbox"/> Technicien/Agent de Maitrise <input type="checkbox"/> Dirigeant Non-Salarié <input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Dirigeant Salarié		
Travailleur Handicapé			

PARTICIPANT N°2			
Nom		N°adhérent OPCO	
Prénom		Date de naissance	
Téléphone Portable		N° Sécurité Sociale	
E-mail			
Type de Contrat (CDI, CDD, Intérim, autres...)		Niveau du dernier diplôme obtenu	<input type="checkbox"/> CAP/BP <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> BAC+2
Nb d'heures travaillées mensuellement		Heures de formation hors temps de travail	
Catégorie Sociale Professionnelle	<input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié <input type="checkbox"/> Technicien/Agent de Maitrise <input type="checkbox"/> Dirigeant Non-Salarié <input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Dirigeant Salarié		
Travailleur Handicapé			

FRAIS ANNEXES	
<i>(sous réserve des modalités de prise en charge de votre accord de branche)</i>	
Nombre de repas	Participant 1 : Participant 2 :
Nombre de nuitée	Participant 1 : Participant 2 :
Nombre de kilomètre entre le centre de formation et le départ depuis le domicile	Participant 1 : Participant 2 :

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION

Par principe, il est de votre responsabilité de déposer votre dossier de financement. Nous pouvons vous accompagner dans le dépôt de votre dossier de financement. Nous dégageons cependant toute responsabilité dans le financement des formations dont les décisions appartiennent uniquement aux organismes financeurs.

- Je souhaite m'occuper moi-même de la demande de prise en charge

NB : Informations sur les démarches à effectuer en annexe de ce document

- Je souhaite que le centre de formation s'occupe de mon dossier de financement

(Sous condition d'avoir toutes les pièces justificatives pour constituer le dossier dans un temps imparti)

Je joins les pièces demandées ci-dessous en fonction de mon statut et je complète le mandat demandé.

Si le participant est le dirigeant / gérant :

- VOUS RELEVEZ DE L'AGEFICE

1. Attestation de versement de contribution à la formation professionnelle (CFP) de l'URSAFF
2. Extrait de Kbis de l'année en cours
3. Copie de la carte d'identité recto/verso
4. Conventions signées
5. Formulaire Agefice de demande de prise en charge signé
6. RIB au format PDF

- VOUS RELEVEZ DU FAFCEA

1. Attestation de versement de contribution à la formation professionnelle (CFP) de l'URSAFF
2. Extrait d'immatriculation au répertoire des métiers (RM ou D1)
3. Mandat de délégation de dépôt de demande de financement FAFCEA signé
4. Identifiant / Mot de passe

- VOUS RELEVEZ DE VIVEA (RÉGIME MSA)

1. Attestation de régularité de situation au regard du fond d'assurance formation VIVEA (si vous relevez de la MSA)

- VOUS RELEVEZ D'UN AUTRE FAF

Contactez l'organisme de formation

Si le participant est un salarié / gérant salarié :

- VOUS ÊTES SALARIÉ FLEURISTE OPCO EP

1. Mandat de délégation de dépôt de demande de financement OPCO EP (à signer en page 3)
2. RIB au format PDF
3. Identifiant / Mot de passe

- VOUS ÊTES SALARIÉ FLEURISTE OPCAPIAT

Mandat de délégation de dépôt de demande de financement OCAPIAT (à signer en page 3)

- AUTRE OCPCO / NOUS CONTACTER

Pour vous accompagner, nous avons besoin de votre accord :

Je reconnais avoir pris connaissance que PIVERDIE FRANCE ne pourra être tenu pour responsable du financement des dossiers de formation.

- J'autorise PIVERDIE FRANCE à réaliser pour mon compte la demande de financement sur mon espace en ligne pour une durée de 6 mois à compter de la signature de ce mandat.

Mandat de délégation		
Cochez, ci-dessous les cases vous correspondant afin de déléguer la saisie et le dépôt de votre demande de financement sur votre espace en ligne.	FAFCEA	OPCO EP
<i>J'ai déjà un espace en ligne sur :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>J'autorise PIVERDIE FRANCE à se connecter à mon espace pour déposer ma demande de financement :</i>	Identifiant <input type="text"/>	Identifiant <input type="text"/>
	Mot de passe <input type="text"/>	Mot de passe <input type="text"/>
<i>Je n'ai pas encore d'espace en ligne.</i> <i>J'autorise PIVERDIE FRANCE à créer mon compte à partir des informations communiquées dans ce formulaire (SIRET et coordonnées de l'employeur) puis à se connecter à mon espace pour déposer ma demande de financement :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En contrepartie, PIVERDIE FRANCE s'engage à :

- Ne communiquer à aucun tiers les informations relatives au compte entreprise
- Effectuer la demande de prise en charge pour le compte du client (à condition que les pièces justificatives lui aient été communiquées dans les temps)

Signature de l'employeur :

Signature PIVERDIE FRANCE :

Pour valider votre inscription, enregistrer ce document PDF et renvoyer votre formulaire à cette adresse email : elise.bisoullier@cnph-piverdiere.fr

JE SUIS A LA RECHERCHE D'UN APPRENTI FLEURISTE

JE SOUHAITE ACCUEILLIR UN STAGIAIRE DANS MON ENTREPRISE