DEMANDE PREALABLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE REMUNERATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

L'organisme de formation doit être un **ORGANISME AGREE** (cf. notre site Internet **www.hls-uniformation.fr**)

IMPORTANT

Demande à retourner **IMPERATIVEMENT UN MOIS (au moins)** avant le début de la formation à :

Uniformation à l'attention de Madame Julie GIZARD /

43, bd Diderot – BP 80057 - 75560 Paris Cedex 12

01 53 02 13 57 - jgizard@uniformation.fr

Nom de votre entreprise : _____

Votre branche professionnelle : ☐ ESH ☐ OPCHS

Votre n° d'adhérent chez UNIFORMATION : ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_

Responsable du dossier : ☐ Mme ☐ M. _____

Tél. : _____ Courriel : _____@ _____

NOUS DEMANDONS A UNIFORMATION LA PRISE EN CHARGE DE LA REMUNERATION DE NOTRE SALARIE(E) :

❒ Mme ❒ M. (nom – prénom) : _____ Coût salarial horaire (charges comprises) _____ € / heure

Qui suivra au titre du CFESES la formation intitulée : _____

Organisme de formation (rattaché à une confédération syndicale ou autre organisme habilité) : _____

_____

Cette formation se déroulera du . . . . . / . . . . . / 2024 au . . . . . / . . . . . / 2024 d'une durée de : _____ h **(durée minimale de 0,5 jour)**

Montant de la prise en charge demandée : [coût salarial horaire] **X** [durée du stage en heures] = _____ €

Nous attestons sur l'honneur l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus.

LE RESPONSABLE DU DOSSIER

DATE, CACHET ET SIGNATURE

CADRE RESERVE A UNIFORMATION

N° D'ADHERENT : ..... DATE DE RECEPTION : ..... / ..... / 2 0 2 . . N° D'ENREGISTREMENT : .....