

Lettre de mission-formation CAR- CDI intérimaire

EntreL'entreprise de travail temporaire : Adresse du siège social : Adresse de l'établissement : N° de SIRET : Représentée par M/Mme : Agissant en qualité de : Tél : Mail : **et**M/Mme, Nom : Nom de naissance Prénom : Demeurant à : Date de naissance : Tél : Mail* : CSP : ouvrier non qualifié ouvrier qualifié employé agent de maîtrise/technicien cadreDate de conclusion du CDI : Diplôme le plus élevé obtenu : Intitulé : Salarié rencontrant des difficultés de maîtrise des savoirs de base (langue française, lecture, écriture, calculs, respect des règles d'hygiène et de sécurité, maîtrise des codes de l'entreprise, compétences numériques ...) : oui nonSalarié bénéficiant d'une reconnaissance en tant que travailleur handicapé (BOETH): oui nonLe salarié est reconnu apte avec restriction inapte par le médecin du travail, à occuper un emploi correspondant à sa qualification antérieure suite : A un accident du travail/ à un accident de trajet A une maladie Professionnelle

*Le mail du salarié sera utilisé dans le cadre des enquêtes menées par AKTO

Il a été convenu ce qui suit :

FORMATION

La présente lettre de mission-formation est conclue pour l'action de formation suivante :

Intitulé de la formation : _____

Nom de l'organisme de formation* : _____

*S'il y a plusieurs prestataires de formation au cours de la formation, dupliquer cette lettre de mission lors du téléchargement et compléter uniquement la partie Formation puis nous transmettre les 2 lettres de mission.

En conformité avec les dispositions l'accord du 29 novembre 2019 en faveur du développement des compétences et des qualifications des salariés de la branche du travail temporaire tout au long de leur vie professionnelle.

Lieu de la formation : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Calendrier de la formation,

La présente lettre de mission est conclue pour une période maximale de 12 mois

du _____

au _____

Durée totale : _____ heures, sur un rythme hebdomadaire de : _____ heures

Horaires de formation : _____

Temps plein : oui Non

Indiquer les périodes d'interruption éventuelles de la formation :

Si le parcours de formation inclus des périodes d'application en entreprise (PAE), indiquer les dates de début et fin de formation et leur durée :

Validation de la formation :

Certificat de Compétences professionnelles Certification inscrite au RNCP : diplôme /titre professionnel

Certificat CléA Bloc de compétence CléA Certification inscrite au répertoire spécifique

Convention collective - intitulé : _____

Code IDCC : _____ niveau : _____ Coef : _____

À l'issue de la formation, il est remis au salarié une attestation originale, le document original de certification ou tout autre document validant la formation.

ENGAGEMENTS DE MISSIONS A L'ISSUE DE LA FORMATION

- L'entreprise s'engage à proposer à M/Mme (Prénom, Nom) _____ dans les trois mois suivant la fin de la formation et dans l'amplitude maximale des 12 mois à partir du début de la formation, une ou plusieurs missions de travail temporaire correspondant aux actions de formation suivies, d'une durée au moins égale au tiers de la durée de la formation.
- M/Mme (Prénom, Nom) _____ s'engage, à la demande de l'entreprise de travail temporaire, à répondre par écrit aux propositions de missions et à toutes demandes d'information sur sa situation professionnelle dans les trois mois qui suivent la fin de la formation.

TUTORAT

Le tuteur de l'entreprise de travail temporaire est M/Mme (Prénom, Nom) _____

Fonction : _____ qui assure, en liaison avec le prestataire de formation, le suivi du salarié pendant la durée du contrat ainsi que pendant les missions dans les trois mois qui suivent la fin de celui-ci.

REMUNERATION

M/Mme _____ est rémunéré(e) sur la base de la rémunération perçue au titre de la mission en cours ou de la dernière mission, sans pouvoir être inférieure à la garantie minimale mensuelle de rémunération (GMMR) prévue au CDI intérimaire conclu entre les parties, soit un salaire horaire de _____

FRAIS ANNEXES

Pendant la formation de M/Mme _____

l'entreprise demande à bénéficier d'une participation au remboursement des frais annexes du salarié au titre du :

- Transport
- Hébergement
- Repas

Les frais annexes seront pris en charge selon les règles appliquées dans l'entreprise de travail temporaire.

Fait à _____ le _____ (en trois exemplaires dont un pour chacune des parties et un pour AKTO – Réseau FAF.TT)

Le salarié

L'entreprise de Travail Temporaire (cachet et signature)