

**Dispositif aux salariés, en CDI et CUI-CDI,  
dont le niveau de qualification est inférieur au grade de la Licence**

[À TRANSMETTRE À AKTO  
1 MOIS AVANT LE DÉBUT DE LA FORMATION]

### Entreprise

SIREN \_\_\_\_\_ Raison sociale \_\_\_\_\_

Nom de la personne à contacter \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

La formation est dispensée par le service de formation interne de l'entreprise :  oui  non  
Si oui, ne pas remplir la partie organisme de formation.

### Organisme de formation

SIREN \_\_\_\_\_ Raison sociale \_\_\_\_\_

Numéro de déclaration d'activité \_\_\_\_\_

L'organisme a-t-il une certification qualité ?  oui  non Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_

Si plusieurs organismes, indiquez le nombre \_\_\_\_\_

### Formation choisie

Intitulé \_\_\_\_\_

Objet de la formation mise en œuvre dans le cadre de la **reconversion** ou **promotion par alternance**<sup>1</sup>

Modalités pédagogiques

N° de CCN \_\_\_\_\_ Qualification \_\_\_\_\_ Niveau \_\_\_\_\_

Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

Projet formatif mis en place dans le cadre  d'une promotion  d'une reconversion

### Coûts de formation

Coût pédagogique \_\_\_\_\_ € HT Salaire horaire brut chargé<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ €

<sup>3</sup> Réservé aux entreprises de moins de 50 salariés – effectif moyen annuel N-1

L'employeur demande le paiement direct à l'organisme de formation  oui  non

### Stagiaire

Nom et prénom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ CSP \_\_\_\_\_

Statut du salarié pendant la formation \_\_\_\_\_

Intitulé du poste actuellement occupé

Classification CCN actuelle (niveau, échelon, coefficient hiérarchique...)

Niveau de formation actuel \_\_\_\_\_

Intitulé du poste visé à l'issue de la formation permettant la reconversion ou la promotion par l'alternance

Classification CCN visée à l'issue de la formation (niveau, échelon, coefficient hiérarchique...)

Niveau à l'issue de la formation

Bénéficiaire d'une reconnaissance d'un handicap :    oui    non    Date d'entrée dans l'entreprise

### Tuteur

Nom et prénom \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Poste occupé \_\_\_\_\_ Ancienneté dans le poste \_\_\_\_\_ an(s)

Niveau de formation actuel \_\_\_\_\_

### Conditions générales

L'employeur atteste qu'aucun autre financement n'a été demandé pour cette formation.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

En ma qualité de représentant légal de l'entreprise  
ou de son représentant, je certifie l'exactitude des  
renseignements portés dans cette demande de prise en  
charge

Le salarié atteste avoir pris connaissance et certifie  
par sa signature l'exactitude des renseignements  
portés dans cette demande de prise en charge

Nom, signature et cachet de l'entreprise

Signature du (de la) salarié(e)

### Documents à renvoyer

**Cette demande de prise en charge est à retourner accompagnée de :**

- la convention de formation signée en cas de formation externe pour chaque organisme
- le programme de formation détaillé
- le CERFA n°16155\*01 valant avenant au contrat de travail

à transmettre à votre conseiller formation

 **Toute demande de prise  
en charge incomplète ne  
pourra être traitée**