

Lettre de mission-formation CDPI-CDI intérimaire

Le CDPI est un dispositif de formation financé par le Fonds professionnel pour l'emploi dans le travail temporaire (FPETT) et dont la gestion administrative est assurée par AKTO.

N° DRF :

Entre

L'entreprise de travail temporaire :

Adresse du siège social :

Adresse de l'établissement :

N° de SIRET :

Représentée par M/Mme :

Agissant en qualité de :

et

M/Mme:

demeurant à :

Date de naissance : Tél. :

Mail* :

Date de conclusion du CDI :

Diplôme le plus élevé obtenu : Intitulé :

Salariés 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...) : oui non

Travailleur reconnu handicapé : oui non

Il ressort que l'intérimaire recruté justifie de heures de missions (toutes ETT confondues) au cours des 12 mois précédent le démarrage de la formation **

Ou qu'il correspond à l'une des catégories de la page suivante :

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

**Copies des bulletins de salaire et/ou attestation pôle Emploi à conserver par l'ETT/ETTI et à transmettre à l'OPCO en cas de contrôle

| Catégorie | Justificatifs | A conserver par l'ETT/ETTI | A transmettre à l'OPCO |
|--------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Les publics accompagnés dans leur mise à l'emploi par les entreprises de travail temporaire d'insertion (ETTI) | Pas de justificatif spécifique | |
| <input type="checkbox"/> | Bénéficiaires de l'obligation d'emploi tels que prévus à l'article L 5212 - 13 du code du travail, dont les travailleurs handicapés | Avis CDAPH reconnaissant le handicap ou attestation d'invalidité de la sécurité sociale | X (Au moment de la saisie du contrat) |
| <input type="checkbox"/> | Personne reconnue définitivement inapte, par le médecin du travail, à occuper un emploi correspondant à sa qualification antérieure | Avis d'inaptitude délivré par la médecine du travail | X |
| <input type="checkbox"/> | Les personnes rencontrant des difficultés de maîtrise des savoirs de base | Bilan de positionnement sur les compétences linguistiques et savoirs de base | X (en amont du projet) |
| <input type="checkbox"/> | Bénéficiaires des minima sociaux notamment le RSA ou l'ASS | Attestation de la CAF pour les bénéficiaires du RSA ou attestation Pôle emploi pour l'ASS (Allocation de Solidarité Spécifique) | X |
| <input type="checkbox"/> | Les demandeurs d'emploi de longue durée dont l'expérience et/ou les compétences et les qualifications ne permettent pas un accès immédiat à l'emploi | Historique demandeur d'emploi délivré par Pôle emploi | X |
| <input type="checkbox"/> | Les bénéficiaires d'une protection internationale et les demandeurs d'asile dans le cadre de la réglementation en vigueur | L'un des documents suivants : - Récépissé constatant la reconnaissance d'une protection internationale - Décision de l'Offre français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) - Récépissé de demande de carte de séjour - Titre de voyage | X |
| <input type="checkbox"/> | Les personnes sans expérience professionnelle dont le niveau de qualification ne dépasse pas le niveau 3 (CAP/BEP) | Attestation sur l'honneur du/de la salarié(e) précisant le dernier diplôme ou la dernière certification professionnelle obtenue et mentionnant les difficultés d'accès à l'emploi (document type) | X |
| <input type="checkbox"/> | Les personnes sans activité professionnelle depuis au moins 1 an | Attestation sur l'honneur de la personne précisant qu'elle a interrompu son activité professionnelle et le motif. | X |
| <input type="checkbox"/> | Aux personnes en situation de reconversion professionnelle | Attestation sur l'honneur du salarié précisant le motif de reconversion (Document type) - Le métier actuel ne correspond plus aux attentes et ne satisfait pas le candidat sur le plan personnel - Le candidat rencontre des difficultés à trouver un emploi dans sa zone géographique - en raison d'un problème de santé, j'ai désormais des difficultés à occuper mon poste | X |
| <input type="checkbox"/> | Aux personnes ayant réalisé un CIPI complet | Copie du mail de réponse d'AKTO validant l'éligibilité à cette catégorie de public | X |

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 : _____

En **conformité** avec en conformité avec les dispositions de l'accord du 8 décembre 2004 relatif à la mise en place des contrats spécifiques dans le travail temporaire, et de 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.

Adresse du lieu de la formation : _____

Calendrier de la formation :

Dates : du _____ au _____

Durée totale ⁽¹⁾ : _____ heures, sur un rythme hebdomadaire de : _____ heures

Horaires de formation : _____

Temps plein : oui Non

Indiquer les périodes d'interruption éventuelles de la formation : _____

Validation de la formation :

CQP/CQPI Diplôme / titre professionnel Certificat de Compétences professionnelles

Certificat CléA Bloc de compétence CléA Certification inscrite au répertoire spécifique

Convention collective - intitulé : _____

Code IDCC : _____ niveau : _____ Coef : _____

Préalablement à l'action de formation en CDPI, l'entreprise a fait suivre un bilan de positionnement de _____ heures chez le prestataire de formation ou par son service de formations interne _____ (bilan facultatif) du _____ au _____

A l'issue de l'action de formation CDPI, l'entreprise fera suivre une évaluation de _____ heures chez le prestataire de formation ou via son service de formations interne _____ (évaluation facultative) du _____ au _____

(1) Durée minimum de la formation : 140 heures, durée maximum : 525 heures

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 _____ dans les trois mois suivant la fin de la formation, une ou plusieurs missions de travail temporaire correspondant aux actions de formation suivies.
- M/Mme _____ 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 [redacted] 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.

Fait à [redacted] le [redacted] (en trois exemplaires dont un pour chacune des parties et un pour AKTO)

Le salarié

L'entreprise de travail temporaire (Cachet et signature)

En conformité avec la loi "informatique et libertés", le traitement des informations contenues sur ce document a fait l'objet d'une déclaration auprès de la C.N.I.L. sous le numéro 223125. Vous pouvez accéder aux informations enregistrées et les faire rectifier en vous adressant à AKTO.