

RENSEIGNEMENTS ET INFORMATIONS :

Sévrine Fischer ☎ **01 53 65 77 97**

sevrine.fischer@habitat-formation.fr

Du lundi au vendredi de **9h à 12h** et les **MARDIS** et **JEUDIS TOUTE LA JOURNÉE**

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UN CIF/CDI

Pour une formation débutant entre
le 1.1.11 et le 30.6.11

Envoi des dossiers du 27.9.2010 au 9.10.2010

LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI

COMMISSION CONGÉS INDIVIDUELS : **9 novembre 2010**

TOUT ENVOI EFFECTUÉ APRÈS LES ÉCHÉANCES, VOUS SERA RETOURNÉ SANS ÊTRE ENREGISTRÉ

Pour être **ENREGISTRÉ** votre dossier doit **CONTENIR IMPÉRATIVEMENT** :

LES DOCUMENTS REMPLIS ET FOURNIS PAR LE SALARIÉ

- La demande de prise en charge (*feuille 1*)
- La photocopie des 3 derniers bulletins de salaire
- Un curriculum-vitae
- Le RIB du salarié

LE CAS ÉCHÉANT

- Le procès-verbal du jury, si la demande fait suite à une VAE
- La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

LES DOCUMENTS REMPLIS ET FOURNIS PAR L'ORGANISME DE FORMATION

- Le descriptif de l'organisme et de l'action de formation (*feuille 2*)
- Le programme pédagogique
- Le RIB de l'organisme de formation

LES DOCUMENTS REMPLIS ET FOURNIS PAR L'EMPLOYEUR

- L'autorisation d'absence signée (*feuille 3*)
- Les éléments financiers (*feuille 4*)
- Le RIB de l'entreprise

I M P O R T A N T

■ Les dossiers doivent **IMPÉRATIVEMENT** être **ENVOYÉS** par **LETTRE RECOMMANDÉE AVEC AR**.

■ Tout dossier **INCOMPLÉ** **VOUS SERA RETOURNÉ** (sans attribution de n° d'enregistrement) afin que vous le complétiez et le renvoyiez dans les dates de dépôt. **VEILLEZ À BIEN JOINDRE L'AUTORISATION D'ABSENCE**.

■ Dès l'arrivée de votre dossier, un **NUMÉRO** lui sera attribué. **N'OUBLIEZ PAS DE LE RAPPELER** lors de chaque contact avec nos services.

VOUS DEVEZ JOINDRE À CE DOSSIER VOS 3 DERNIERS BULLETINS
DE SALAIRE, ACCOMPAGNÉS DES PIÈCES DEMANDÉES

S'agit-il d'une première demande de CIF ? OUI NON

Dans le cas d'un renouvellement, précisez le n° de dossier de votre précédente demande déposée le

IDENTITÉ

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance N° Sécurité sociale

Lieu de naissance N° département

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone domicile Téléphone professionnel

MÉL : @ Fax

Si vous bénéficiez d'une reconnaissance en la qualité de travailleur handicapé, joindre le justificatif et préciser : SI COTOREP : % - CATEGORIE

SI CDAPH : SIMPLE LOURD

NIVEAU D'ÉTUDES

	I N T I T U L É	DIPLOME OBTENU	
1. <input type="checkbox"/> DEA / DESS / MASTER / DOCTORAT / INGÉNIEUR...	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> LICENCE / MAÎTRISE...	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> BTS / DUT / DEUG...	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> BAC / BAC PRO / BP / BT...	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> BEP / CAP...	<input type="text"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> SANS DIPLOME			

SITUATION PROFESSIONNELLE

Date d'entrée dans votre entreprise actuelle Ancienneté professionnelle* ans

CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE : OUVRIER NON QUALIFIÉ OUVRIER QUALIFIÉ EMPLOYÉ AGENT DE MAÎTRISE INGÉNIEUR OU CADRE

Emploi actuel :

*En tant que salarié (e) même hors de votre entreprise actuelle

SI VOUS AVEZ DÉJÀ BÉNÉFICIÉ DE LA PRISE EN CHARGE D'UN CIF, PRÉCISEZ :

L'intitulé de la formation suivie : _____

Dates de la formation suivie : du / / au / / Durée : _____ heures

Quel organisme paritaire l'a financée : _____

SI VOUS AVEZ RÉALISÉ L'UNE DES ACTIONS SUIVANTES :

- Validation des acquis de l'expérience
 - Bilan de compétences
- } Vous devez joindre un justificatif

LA MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE

- Accès à un niveau supérieur de qualification
- Changement d'activité ou de profession (reconversion)
- Ouverture à la culture
- Ouverture à la vie sociale et à l'exercice des responsabilités associatives bénévoles
- Perfectionnement professionnel

<p>IMPORTANT :</p> <p>Aucune modification de ce dossier ne sera acceptée après la décision d'Habitat-Formation.</p>	<p><u>SIGNATURE DU SALARIÉ</u></p>
--	------------------------------------

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER AVEC PRÉCISION MÊME SI LES
RÉSULTATS ÉVENTUELS DE SÉLECTION NE SONT PAS ENCORE CONNUS.

IDENTITÉ

Nom ou raison sociale

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Personne à contacter : M^{me} M^{lle} M.

Fax MÉL : @

N° d'enregistrement SIRET

Adresse de règlement *(à préciser si différente de l'adresse ci-dessus)*

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax

MÉL : @

Lieu de formation

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax

MÉL : @

DESCRIPTIF DE LA FORMATION

Intitulé de la formation :

FORMATION EN PRÉSENTIEL COURS DU SOIR FORMATION À DISTANCE FORMATION PAR CORRESPONDANCE

Résultats de la sélection éventuelle : ADMIS RÉSULTATS INCONNUS À CE JOUR

Reconnaissance prévue à l'issue de la formation

Diplôme d'État

Certification professionnelle enregistrée au RNCP

Date de parution au Journal officiel :

Autre type de reconnaissance

Précisez :

Niveau visé :

1. DEA - MASTER - DOCTORAT 2. LICENCE - MAÎTRISE 3. BTS - DUT - DEUG 4. BT - BAC - BP 5. CAP - BEP 6. PAS DE SANCTION

La demande d'autorisation d'absence requiert le respect de délais précis. Elle doit être déposée auprès de votre employeur :

- 60 jours avant le début de la formation s'il s'agit d'une absence à temps plein de moins de 6 mois ou d'une formation à temps partiel.
- 120 jours s'il s'agit d'une absence de 6 mois et plus à temps plein.

NOM DE L'EMPLOYEUR : _____ N° D'ADHÉRENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

Tél. : _____ FAX : _____ MÉL : _____ @ _____

RESPONSABLE DU DOSSIER : M^{me} M^{lle} M. _____

Demande d'autorisation d'absence

(EXIGÉE PAR LA LOI ET ADRESSÉE PAR LE SALARIÉ À L'EMPLOYEUR)

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e), M^{me} M^{lle} M. _____ salarié(e) dans l'entreprise sollicite une autorisation d'absence, au titre d'un Congé individuel de formation.

Je souhaite en effet, suivre une action de formation intitulée : _____ organisée par _____ d'une durée de _____ jours de travail qui aura lieu du ____ / ____ / 200 . . au ____ / ____ / 200 . . et se déroulera à temps plein / temps partiel* sur (durée en heures avec répartition des séances) _____ heures.

Cette autorisation d'absence ne deviendra effective qu'au vu de la confirmation par l'organisme de formation de mon inscription, et après acceptation de ma part des conditions de prise en charge financière décidées par Habitat-Formation.

Dans l'attente de votre accord, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, mes sentiments distingués.

Fait à _____, le _____

LE DEMANDEUR

Je soussigné (e) M^{me} M^{lle} M. _____ agissant en qualité de _____ autorise M^{me} M^{lle} M. _____ à effectuer son CIF du _____ au _____

Fait à _____, le _____

LE DIRECTEUR

IMPORTANT : assurez-vous que les informations indiquées sur ce document sont bien conformes à celles données par l'organisme de formation. En cas de non concordance, les informations prises en compte par Habitat-Formation seront celles mentionnées par l'organisme de formation.

*Rayer la mention inutile

Les informations demandées sur ce formulaire sont nécessaires pour le traitement et le suivi de votre demande. Elles sont destinées à l'usage unique d'Habitat Formation. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée). Pour toute demande, adressez-vous à : donnees-personnelles@habitat-formation.fr.

ÉLÉMENTS FINANCIERS

A. Calcul du salaire horaire brut de référence

VOTRE N° D'ADHÉRENT : _____

Mois de référence pour le calcul du présent tableau : _____

1) Éléments à caractère mensuel

SALAIRE MENSUEL DE BASE : _____ €

PRIMES MENSUELLES : _____ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) _____

_____ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) _____

_____ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) _____

Total par mois : _____ € (a)

Soit pour une année (ax12) : _____ € (b)

2) Éléments à caractère annuel (total des versements au titre de primes trimestrielles, semestrielles ou annuelles, ayant un caractère de salaire) :

_____ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) _____

_____ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) _____

_____ € (PRÉCISEZ L'INTITULÉ DE LA PRIME) _____

Total : _____ € (c)

Rémunération annuelle brute (b + c) : _____ € (d)

Horaire mensuel moyen : _____ heures telles qu'elles sont indiquées sur le bulletin de salaire (e)

Salaire horaire brut de référence : (d) X $\frac{1}{12 \times (e)}$ X $\frac{52}{47}$ = _____ € / h

B. Taux de charges patronales (sociales et fiscales) à appliquer

- 50 % : taux forfaitaire pour les adhérents **soumis** à la taxe sur les salaires
- 45 % : taux forfaitaire pour les adhérents **non soumis** à la taxe sur les salaires
- taux réel** : _____ % (merci de joindre tous les justificatifs utiles) ⁽¹⁾

C. Horaires habituels de travail

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
MATIN
APRÈS-MIDI

D. Autres coûts

UNIQUEMENT SI MAINTIEN PENDANT LA PÉRIODE DE CIF

■ Montant unitaire part patronale
titre restaurant : _____ €

■ Montant part patronale
titre de transport : _____ €

Je soussigné (e) M^{me} M^{lle} M. _____ agissant en qualité de _____atteste l'exactitude de ces renseignements et certifie que M^{me} M^{lle} M. _____ est en CDI DE DROIT PRIVÉ⁽¹⁾ Demandez-nous un formulaire destiné au calcul détaillé des charges, ainsi que la liste des justificatifs à rassembler.