



l'opca
des acteurs
de la ville

DIF PRIORITAIRE

(SELON ACCORD DE BRANCHE)

Demande préalable de prise en charge,
à retourner au service DIF PRIORITAIRE **impérativement**
un mois au moins avant le début de la formation
15, rue des Sablons - b.p. 2122 - 75771 Paris cedex 16

tél. 01 53 65 77 98

dif.prioritaire@habitat-formation.fr

Habitat Formation

15, rue des Sablons - bp 2122 - 75771 Paris cedex 16

téléphone : 01 53 65 77 77 - fax : 01 53 65 77 88

accueil@habitat-formation.fr - www.habitat-formation.fr

fonds d'assurance formation - code NAF 911C - n°siret 327 561 841 00047

D I F P R I O R I T A I R E

DEMANDE PRÉALABLE DE PRISE EN CHARGE

Formulaire à **retourner** à Habitat-Formation **au moins un mois avant le début de la formation**, accompagné de la copie de la demande de DIF du salarié et du programme de formation. Dès réception du dossier complet, nous vous écrirons notre décision.

**TOUT DOSSIER
INCOMPLET
SERA
RETOURNÉ**

■ ENTREPRISE

VOTRE NUMÉRO D'ADHÉRENT CHEZ HABITAT-FORMATION : _____

CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUÉE :

--	--	--	--

RAISON SOCIALE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

RESPONSABLE DE CE DOSSIER : M^{me} M^{elle} M. _____ TÉL. _____

ADRESSE MÉL : _____ @ _____

■ SALARIÉ (un dossier par salarié)

NOM : _____ PRÉNOM : _____ SEXE : F H

DATE DE NAISSANCE :

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

--	--	--	--	--	--	--	--

EMPLOI OCCUPÉ : _____

CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE

OUVRIER NON QUALIFIÉ OUVRIER QUALIFIÉ EMPLOYÉ TECHNICIEN / AGENT DE MAÎTRISE INGÉNIEUR / CADRE

■ ORGANISME DE FORMATION

RAISON SOCIALE : _____

NUMÉRO D'ENREGISTREMENT : _____ N° SIRET : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ TÉL. _____ FAX : _____

■ ACTION DE FORMATION

INTITULÉ EXACT : _____

DATE DE DÉBUT DE L'ACTION :

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

 DATE DE FIN DE L'ACTION :

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

NOMBRE D'HEURES DE FORMATION : _____ heures NOMBRE D'HEURES HORS TEMPS DE TRAVAIL : _____ heures

COÛT DE LA FORMATION :

COÛT PÉDAGOGIQUE : _____ € TTC

TRANSPORT : _____ € TTC

REPAS : _____ € TTC

HÉBERGEMENT : _____ € TTC

TOTAL : _____ € TTC

Cette action de formation fait également l'objet d'une demande de financement au titre de la période de professionnalisation.

Indiquez le nombre d'heures de période de professionnalisation : _____ heures

N.B. : le cas échéant, l'allocation de formation et la rémunération sont imputables sur le plan de formation de l'entreprise (art. R.964-16-1 du Code du travail)

■ ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) M^{me} M^{lle} M. _____ agissant en qualité de _____ atteste sur l'honneur :

■ QUE LE SALARIÉ CONCERNÉ A ACQUIS AU TITRE DU DIF LE NOMBRE D'HEURES DONT LE FINANCEMENT EST DEMANDÉ.

■ QUE TOUS LES ÉLÉMENTS MENTIONNÉS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE SONT JUSTES ET VÉRIFIABLES.

■ QUE LE SALARIÉ CONCERNÉ EST EN CDI DE DROIT PRIVÉ ET RELÈVE DES PUBLICS ÉLIGIBLES AU DIF PRIORITAIRE.

Fait à _____, le _____

Suivi de votre dossier par Habitat Formation :

■ NOUS VOUS COMMUNIQUERONS NOTRE DÉCISION DE PRISE EN CHARGE DE L'ACTION DANS LES MEILLEURS DÉLAIS,

■ SEUL UN ACCORD ÉCRIT GARANTIT L'ENSEMBLE DE NOTRE FINANCEMENT,

■ EN CAS D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE, LE REMBOURSEMENT S'EFFEC-TUERA SUR PRÉSENTATION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES NÉCESSAIRES.

SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE