

DEMANDE DE RÈGLEMENT AU TITRE DU FONDS MUTUALISÉ DES PACT

TYPE DE FORMATION

SALARIÉ OFFRE FNC PACT →



l'opca
des acteurs
de la ville

À ADRESSER À :

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

SALARIÉ CHAMP DIF PRIORITAIRE →



Fédération nationale des Pact

27, rue de La Rochefoucauld - 75009 Paris
téléphone : 01 42 81 97 72 - fax : 01 40 23 93 06
d.ducher@pact-habitat.org

ADMINISTRATEURS BÉNÉVOLES →

VOTRE RAISON SOCIALE : _____

VOTRE N° D'ADHÉRENT CHEZ HABITAT FORMATION :

L'ORGANISME DE FORMATION

Sa raison sociale : _____

Son n° d'enregistrement :
(obligatoire)

Son n° de SIRET :
(obligatoire)

L'ACTION DE FORMATION

Son intitulé : _____

NOMBRE DE JOURS : JOURS

NOMBRE D'HEURES : HEURES

DATE DE DÉBUT : / / 20 ..

DATE DE FIN : / / 20 ..

SANCTION : PAS DE SANCTION

DIPLÔME/TITRE "HOMOLOGUÉ"

AUTRES SANCTIONS

TYPE : INTERENTREPRISES

INTRA

INTERNE

À DISTANCE

PAR CORRESPONDANCE

NATURE : ACQUISITION DE CONNAISSANCES

ADAPATION

PROMOTION

PRÉVENTION RECONVERSION

LA FACTURE DE L'ORGANISME

■ Coût de la formation : _____ €

■ Coût des repas : _____ € (des bénévoles uniquement)

■ Autres coûts : _____ €

TOTAL : _____ €

DÉDUCTION DE LA PRISE EN CHARGE

AU TITRE DU PLAN INDIVIDUEL : < _____ > €

TOTAL A: _____ €

J'atteste sur l'honneur :

■ L'exactitude des informations mentionnées dans la présente demande.

■ Que les stagiaires inscrits au feuillet 2 sont bien salariés ou administrateurs bénévoles de notre entreprise au moment de la formation.

■ Que, dans le cas de formation hors temps de travail, un accord et un engagement ont été formalisés entre employeur et salariés et que la durée hors temps de travail n'excède pas les plafonds instaurés par la loi.

Nom et fonction : _____

Fait à _____

Le / / 20 ..

BON À PAYER FNC PACT

CACHET DE L'ADHÉRENT

Les stagiaires

NOM ET PRÉNOM DES STAGIAIRES	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (15 chiffres)	TYPE CONTRAT TRAVAIL	FONCTION	QUALIFICATION SALARIÉ					ORGANISATION DU TEMPS DE LA FORMATION (en heures)			CATÉGORIE DU PLAN DE FORMATION 1. ou 2.
				BÉNÉVOLES	OUVRIER	EMPLOYÉ	AGENT DE MAÎTRISE	INGENIEUR CADRE	FORMATION SUR TEMPS DE TRAVAIL	FORMATION HORS TEMPS DE TRAVAIL <i>allocation formation</i>	DROIT INDIVIDUEL À LA FORMATION	
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												

**Les
coûts annexes**

BÉNÉVOLES UNIQUEMENT



NOMS DES STAGIAIRES		Hébergement et / ou repas	Transport	Location de salle	Location de matériel	Divers	TOTAL
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
						TOTAL B :	_____ €

NOTES DE FRAIS

Les rémunérations

	RÉMUNÉRATION TEMPS TRAVAIL (forfait)	ALLOCATION DE FORMATION (réel)	TOTAL
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
		TOTAL C :	_____ €

NOMS DES FOURNISSEURS		Hébergement et / ou repas	Transport	Location de salle	Location de matériel	Divers	TOTAL
						TOTAL D :	_____ €

FACTURES

TOTAL À REMBOURSER À L'ADHÉRENT :
A + B + C + D : _____ €