

SECTION SANTÉ

8690ER - Orthoptistes

DEMANDE PRÉALABLE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION

sous réserve d'acceptation par la Commission Professionnelle, selon les critères de prise en charge de la profession concernée.
 Toute demande reçue après la date du dernier jour de formation (cachet de réception faisant foi) sera systématiquement refusée.

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL LIBÉRAL

CODE SIRET PERSONNEL DU PARTICIPANT A LA FORMATION _____
 (14 chiffres à demander à l'INSEE de votre région)

NOM DE VOTRE STRUCTURE.....

NOM DU PARTICIPANT PRÉNOM NÉ (E) LE SEXE H F

PROFESSION PRECISE..... CODE NAF _____

ADRESSE..... CODE POSTAL _____

VILLE..... TÉL..... PORT..... FAX.....

ASSUJETTI A LA TVA NON ASSUJETTI A LA TVA

AUTO-ENTREPRENEUR

E-MAIL @

ORGANISATION DU STAGE

INTITULÉ DE LA FORMATION.....

ORGANISME DE FORMATION.....

NUMERO DE DÉCLARATION D'ACTIVITÉ DE L'ORGANISME _____

NOMBRE DE JOURS ENTIERS..... + NOMBRE DE DEMI-JOURNÉES.....

DATE DE DÉBUT DE STAGE _____ DATE DE FIN DE STAGE _____

NOMBRE D'HEURES DE FORMATION.....

DANS L'ENTREPRISE DANS UN CENTRE DE FORMATION FORMATION A DISTANCE / E-LEARNING

ADRESSE.....

CODE POSTAL _____ VILLE.....

Seules sont éligibles les formations d'une durée minimale de 6h sur une journée ou cycle de 6h par module successif de 2h minimum

COÛT FACTURÉ PAR L'ORGANISME DE FORMATION

MONTANT H.T..... MONTANT T.T.C.....

PIÈCES A JOINDRE A LA DEMANDE

(format A4 obligatoire)

- Devis de l'organisme de formation ou convention de stage
- Programme détaillé de la formation
- Photocopie de l'attestation de versement de la contribution à la formation professionnelle (URSSAF) ou attestation d'exonération de cette contribution (à réclamer à votre caisse URSSAF si cette attestation ne vous a pas été adressée)
- Relevé d'identité bancaire

PIÈCE A FOURNIR A LA FIN DU STAGE

Le justificatif ci-joint (*Attestation de Présence et de Règlement*) doit nous être adressé uniquement avec votre numéro de dossier figurant sur le courrier d'accord de prise en charge qui vous parviendra ultérieurement.



Le Professionnel Libéral atteste que la durée en jours stipulée sur cette présente demande de prise en charge correspond à une durée en jours non financée par l'OGDPC ou par tout autre organisme.

A : Le :

Signature du demandeur

SECTION SANTÉ

Yann CREPET 01 55 80 50 19
Sandrine FAGE 01 55 80 50 45

8690 EK Masseurs kinésithérapeutes Rééducateurs

Irène HAMELIN 01 55 80 50 31

8690 ER Orthoptistes
7500 ZV Vétérinaires
8690 BL Biologistes
8690 DS Sages-Femmes

Michelle MONTEBAULT 01 55 80 50 02

8690 FD Diététiciens
4773 ZP Pharmaciens

Bruno LAMAGAT 01 55 80 50 36

8690 EP Pédicures Podologues
8690 DI Infirmiers

Thomas HUARD 01 55 80 50 16
Guillaume LE BRUN 01 55 80 50 20
Kevin BOURRE 01 55 80 50 42

8623 ZD Chirurgiens-Dentistes

Ana CARDOSO 01 55 80 50 17

8690 EO Orthophonistes

ATTENTION



Veuillez attendre notre accord de prise en charge vous indiquant votre numéro de dossier avant de nous adresser ce document

N° dossier FIF PL :
 (à compléter par le stagiaire)

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(document à compléter par l'organisme de formation)

ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je soussigné..... Fonction.....
 (nom du responsable de l'organisme de formation + fonction exacte)

de l'organisme de formation.....
 (dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° / / / / / / / / / / / / / / / /
 (11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire :

Nom et prénom du stagiaire

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée :

(indiquer l'intitulé exact de la formation)

qui s'est déroulée du..... / / au / /

Nombre de jours entiers..... + nombre de demi-journées.....
 (6 heures minimum) (4 heures minimum)

Nombre total d'heures de formation

ATTESTATION DE RÈGLEMENT

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de € HT et € TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Fait à....., le.....

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

Nom, prénom et signature
 du responsable de l'organisme de formation

L'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non financée par l'OGDPC ou par tout autre organisme.



Ce document est disponible sur le site www.fifpl.fr



www.fifpl.fr

