



Pour la formation des salariés
des Professions Libérales et de l'Hospitalisation Privée

OPCA PL

Service PLAN

4, rue du Colonel Driant
75046 PARIS CEDEX 01

ATTENTION !

Pour que votre dossier soit traité, joignez impérativement les documents demandés.



Salariés en CDI exclusivement



Demande préalable de prise en charge d'une période de professionnalisation

A compléter et à retourner à l'OPCA PL, accompagnée des documents suivants :

- programme de la formation ;
- convention ou devis de la formation ;
- copie du dernier bulletin de salaire du stagiaire.

OPCA PL - Service Plan

4, rue du Colonel Driant
75046 PARIS CEDEX 01

Une demande
par salarié bénéficiaire

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Nom / Raison sociale : _____

Adresse : _____

Tél., fax : _____

E-mail : _____

Profession : _____

Siret :

Effectif (au jour de la demande) :

N° DE DOSSIER (zone réservée OPCA PL)

Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales

4, rue du Colonel Driant - 75046 PARIS CEDEX 01
Tél. 01 53 00 86 00 - Fax 01 53 00 78 00 - E.mail : opcapl@opcapl.com - site : www.opcapl.com
Agréé OPCA par arrêté ministériel du 9 novembre 2011 - Siret 344 945 431 000 72 - NAF 9411 Z

Accédez directement
à nos barèmes de prise en charge
sur la page d'accueil de notre site
sur www.opcapl.com

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERIODE DE PROFESSIONNALISATION

- Nom de l'organisme de formation : _____

- N° de déclaration d'activité de l'organisme de formation :

- Intitulé de la formation : _____

- Durée du stage : *en nombre d'heures* , *en nombre de jours*

- Date de la 1^{ère} journée de stage : / /

- Date de la dernière journée de stage : / /

- Coût total facturé par l'organisme de formation : € HT

- Lieu de formation (ville) : _____

Code postal :

- Sanction de la formation :

• Diplôme : _____

• Titre : _____

• Qualification reconnue dans la CCN : _____

- Autres objectifs, précisez : _____

Zone réservée OPCA PL				
Code OF				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code objet				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), _____
agissant en qualité de représentant de l'entreprise,

- demande la prise en charge des **frais pédagogiques** de l'action de formation selon les barèmes en vigueur de l'OPCA PL.
- demande la **participation aux frais de salaire et d'allocation de formation** selon les plafonds définis par l'OPCA PL et la répartition de la formation (en temps de travail et hors temps de travail).
- demande la prise en charge des **frais de transport et d'hébergement** liés à la réalisation de cette action de formation, selon les plafonds autorisés par l'OPCA PL et sur la base d'un trajet entreprise/lieu de formation. La distance sera calculée par Google Maps.

Conseil ! Vérifier sur www.opcapl.com que les frais de salaire, de transport et d'hébergement sont bien pris en charge dans le cadre de cette formation.

DESIGNATION DU TUTEUR

- Nom / prénom : _____
- Qualification : _____
- Poste occupé : _____
- Ancienneté dans l'entreprise : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE

- Nom / prénom : _____
- N° de SS : _____
- Qualification : _____
- Poste occupé : _____
- Date d'entrée dans l'entreprise : _____
- De quelle catégorie relève le salarié bénéficiaire de la période de professionnalisation ?
 - La qualification du salarié est insuffisante au regard de l'évolution des technologies et de l'organisation du travail.
 - Le salarié a 20 ans d'activité professionnelle ou est âgé de plus de 45 ans avec une ancienneté d'un an au minimum dans l'entreprise.
 - Le salarié reprend son activité après un congé maternité ou parental.
 - Autres : _____

Attention ! Uniquement salariés en CDI

FORMATION HORS TEMPS DE TRAVAIL

Initiative du départ en formation	
Employeur	Salarié
Durée totale de l'action pour le salarié _____ h	Durée totale de l'action pour le salarié _____ h
Nombre d'heures réalisées hors temps de travail (Maximum de 80 heures par an) _____ h	Nombre d'heures réalisées hors temps de travail (Maximum de 80 heures par an) _____ h
> Vérifiez les droits acquis au titre du DIF (Droit Individuel à la Formation) en utilisant la calculatrice DIF de notre site internet : www.opcapl.com > La participation aux frais de salaires ou la prise en charge de l'allocation hors temps de travail sera calculée selon les durées renseignées ci-dessus.	Durée du DIF utilisé hors temps de travail (A concurrence des droits acquis en DIF) _____ h
Date et signature de l'employeur	Signature du salarié

► Formation à l'initiative de l'employeur

Dans ce cas, la durée de formation hors temps de travail est **limitée à 80 heures par an**.

► Formation à l'initiative du salarié

Dans ce cas, la durée de formation hors temps de travail est **de 80 heures par an et le salarié peut utiliser, sur ce quota, les heures acquises au titre du DIF**.

Formation hors temps de travail - Engagements de l'entreprise

Lorsque l'action se déroule tout ou partie hors temps de travail, l'employeur s'engage à verser au salarié une allocation de formation correspondant à 50 % du salaire horaire net de référence, pour les heures de formation réalisées en dehors du temps de travail.

L'employeur doit également définir avec son salarié, les engagements auxquels il souscrit si le salarié suit avec assiduité la formation et satisfait aux évaluations prévues.

Je soussigné(e), _____ agissant en qualité de représentant de l'entreprise mentionnée en page 1, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.	Cachet de l'entreprise
Fait à : _____ Le : []/[]/[]	
Signature :	

N'oubliez pas de joindre les documents demandés en page 1 !

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès de l'OPCA PL.