

## 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 <https://fifpl.valinformatique.net/>

### 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 rédamer 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