

Période de reconversion interne ☐ Période de reconversion externe ☐

### L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : Voie :

Nature de la voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Type d'employeur :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Téléphone :

Courriel :

### LE SALARIÉ

Nom(s) et prénom(s) :

Nom d'usage :

Le premier prénom du salarié selon l'état civil :

NIR du salarié :

Adresse du salarié :

N° : Voie :

Nature de la voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Département de naissance :

Commune de naissance :

Nationalité : Régime social :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur  
handicapé (RQTH) : ☐ Oui ☐ Non

Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH\*\* :

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

\*\* Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

Dernier emploi occupé :

Ancienneté sur le dernier emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

### LA PÉRIODE DE RECONVERSION

Date de début d'exécution de la période de reconversion :

Date de fin d'exécution de la période de reconversion :

En cas de reconversion externe, type de contrat : CDD ☐ CDI ☐

Si période d'essai en cas de reconversion externe, durée :

En cas de reconversion externe, modalités de suspension du contrat initial :

En cas de reconversion externe, modalités d'un éventuel retour anticipé du salarié en cas de rupture de la période d'essai dans l'entreprise d'accueil :

En cas de reconversion interne, modalités d'organisation :

Emploi visé à l'issue de la période de reconversion :

### LA FORMATION

Type de qualification visée à l'issue de la formation

Dénomination de l'organisme de formation responsable :

Intitulé précis :

N°SIRET de l'organisme de formation responsable :

Code RNCP ou RS de la qualification visée :

Le cas échéant, code du/ des blocs de compétences visé/s : [ ]	Lieu principal de réalisation de la formation : [ ]
Le cas échéant, spécialité de formation : [ ]	<b>Adresse :</b> N° : [ ] Voie : [ ] Nature de la voie : [ ] Complément : [ ] Code postal : [ ] Commune : [ ]
Date de début du cycle de formation : [ ]	La période de reconversion comporte-elle des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience (VAE)? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de fin du cycle de formation : [ ]	La période de reconversion comporte-t-elle des actions de formation en entreprise ? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Durée de la formation : [ ]	Durée de la formation en entreprise : [ ]
Accord du salarié pour mobiliser les droits CPF : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Durée totale de la formation : [ ]
<input type="checkbox"/> <b>L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt de la période de reconversion</b>	
Fait à : [ ]	<b>Signature de l'employeur :</b> [ ]
Signé le : [ ]	<b>Signature du salarié :</b> [ ]
<b>CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO</b>	
Nom de l'OPCO : [ ]	N° SIRET de l'OPCO : [ ]
Date de réception du dossier complet : [ ]	Date de la décision : [ ]
Numéro : [ ]	
<b>Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice N°52422#01</b>	