

Période de reconversion interne Période de reconversion externe

N° 17613*01

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 SALARIE

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 bénéficiar 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, modalité 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 : [REDACTED]

Lieu principal de réalisation de la formation : [REDACTED]

Le cas échéant, spécialité de formation : [REDACTED]

Adresse :

N° : [REDACTED] Voie : [REDACTED]

Nature de la voie : [REDACTED]

Complément : [REDACTED]

Code postal : [REDACTED]

Commune : [REDACTED]

La période de reconversion comporte-t-elle des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience (VAE) ? : Oui Non

La période de reconversion comporte-t-elle des actions de formation en entreprise ? : Oui Non

Durée de la formation en entreprise : [REDACTED]

Durée totale de la formation : [REDACTED]

Date de début du cycle de formation : [REDACTED]

Date de fin du cycle de formation : [REDACTED]

Durée de la formation : [REDACTED]

Accord du salarié pour mobiliser les droits CPF : Oui Non

L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt de la période de reconversion

Fait à : [REDACTED] **Signature de l'employeur :** [REDACTED]

Signature du salarié : [REDACTED]

Signé le : [REDACTED]

CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO : [REDACTED]

N° SIRET de l'OPCO : [REDACTED]

Date de réception du dossier complet : [REDACTED]

Date de la décision : [REDACTED]

Numéro : [REDACTED]

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice N°52422#01