

Les actions CO FOAD 2012



Bulletin d'Inscription -10 salariés à retourner au formateur 20 jours avant le départ en formation

Cadre réservé
à AGEFOS PME

Action n°

Code ACC n°

A photocopier pour la comptabilité de l'entreprise

Offre réservée aux entreprises adhérentes à AGEFOS PME

ENTREPRISE -10 SALARIES

N° adhérent AGEFOS PME :	Adresse :
N° SIRET (obligatoire) :	Code Postal : Ville :
Raison sociale :	Tel : Fax :
Activité :	E-mail :
NAF : Effectif :	Nom du responsable du suivi de l'action :
Statut juridique :	Fonction :

STAGIAIRE

NOM - Prénom :

OBLIGATOIRE	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme			
	Age	<input type="checkbox"/> moins de 25 ans ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> de 25 à 44 ans ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> de 45 à 54 ans ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> 55 ans à 64 ans ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> 65 ans et + ⁽⁶⁾
	Qualification	<input type="checkbox"/> Ouvrier non qualifié	<input type="checkbox"/> Ouvrier qualifié	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Technicien/Agent de maîtrise/VRP	<input type="checkbox"/> Dirigeant bénévole d'association
		<input type="checkbox"/> Dirigeant salarié (joindre copie du bulletin de salaire) <i>(Les dirigeants non salariés et les personnes en contrat d'apprentissage ne peuvent pas bénéficier de cette action)</i>		<input type="checkbox"/> Ingénieur & Cadre		
Niveau d'étude	<input type="checkbox"/> Fin de scolarité avant 3 ^e ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/> Fin de scolarité 3 ^e ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/> CAP/BEP ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> BAC Général/Brevet Technicien ⁽⁴⁾		
	<input type="checkbox"/> BAC/Brevet Professionnel ⁽⁹⁾	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau BAC +2 ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Diplôme de niveau BAC +3 ou plus ⁽²⁾			

Ce stage se fait-il dans le cadre du DIF ? OUI NON
(départ en formation à l'initiative du salarié, sur demande écrite, en accord avec l'employeur)

Si OUI Hors temps de travail Pendant le temps de travail Nombre d'heures DIF utilisées :

Signature du stagiaire (si DIF)
(obligatoire)

S'INSCRIT A LA FORMATION

Intitulé de la formation :

Dates (à fixer avec l'organisme) :

Lieu :

Catégorisation de l'action

Action permettant l'adaptation du salarié au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi dans l'entreprise *(formation indispensable à la tenue du poste ou à l'évolution de la fonction)*

Développement des compétences du salarié *(formation permettant au salarié d'acquérir de nouvelles compétences pouvant l'amener à occuper une fonction supérieure ou différente de la sienne)*

Formation avec validation OUI NON

Intitulé :

Date(s) :

Lieu :

Participation
de l'entreprise
*(validation incluse)***71,76 € TTC***(60,00 € HT + TVA 19,6 %)*Chèque à l'ordre
d'AGEFOS PME

Banque :

N° Chèque :

ORGANISME DE FORMATION

Raison Sociale :

N° partenariat CHARTE (obligatoire) :

N° SIRET :

N° Déclaration d'activité :

Coût Pédagogique à facturer à AGEFOS PME : € HT € TTC

L'organisme de Formation devra envoyer 15 jours avant le début de la formation :
Ce bulletin d'inscription complété et signé Recto/Verso par l'entreprise accompagné du chèque de règlement à l'ordre d'AGEFOS PME

Auto-contrôle AGEFOS



CONVENTION SIMPLIFIÉE D'ADHESION AU PROJET COLLECTIF AGEFOS PME - Moins de 10 salariés - FSE

Je soussigné(e), _____, agissant en qualité de _____

Au nom de la Société _____

Statut juridique Société Nationale SARL SA (hors société nationale) Autres sociétés commerciales SAS
 Mutuelles Coopératives Associations Autres statuts juridiques GIE

✓ Mon entreprise appartient à un groupe (détient et/ou est détenue par une autre structure) Oui* Non

*Si oui, joindre la fiche de déclaration** « renseignements relatifs à la qualité de PME » précisant les niveaux de participation, effectifs et montant du chiffre d'affaires et du bilan des entreprises du groupe.

✓ Mon entreprise avait un effectif salarié compris entre 1 et 249 personnes et son chiffre d'affaires était inférieur à 50 M€ (ou son Bilan annuel était inférieur 43 M€) en 2010 Oui Non
 en 2011 Oui Non

✓ Confirme la participation du salarié inscrit (au recto) à cette formation dans le cadre du projet collectif déposé auprès des services de la DIRECCTE et du Fonds Social Européen pour l'année 2012, AGEFOS PME PACA ayant été désigné comme bénéficiaire.

✓ Confirme la disponibilité du salarié inscrit aux cessions de formation, -ainsi que, le cas échéant, aux actions périphériques de positionnement ou d'accompagnement- aux différentes dates contenues.

✓ Déclare avoir pris connaissance des termes du programme FSE « Compétitivité Régionale et Emploi », Axe 1*** et du projet collectif porté par AGEFOS PME PACA et demande à y adhérer.

✓ Certifie respecter les dispositions du code du travail en matière d'institutions représentatives du personnel et être à jour de mes obligations fiscales et sociales.

✓ M'engage à tenir à la disposition de la DIRECCTE PACA et AGEFOS PME PACA l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à la vérification de la réalité et de la conformité des actions conduites ainsi que celles des dépenses réalisées dans le cadre du projet collectif en lien avec l'amélioration des compétences des salariés de l'entreprise.

✓ Par ailleurs, je m'interdis de solliciter, pour les actions faisant l'objet de la présente convention, une aide complémentaire financée directement ou indirectement par le concours de fonds publics.

✓ Je m'engage à déclarer les financements publics (Etat, FSE principalement) reçus lors des 3 années précédentes au bénéfice de mon entreprise auprès d'AGEFOS PME PACA et/ou de la Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence de la Consommation du Travail et de l'Emploi avant la signature de la présente convention simplifiée.

✓ Je déclare être pleinement informé des règles relatives aux : dépenses non éligibles au titre du cofinancement du FSE (achat d'équipement amortissable, achat de bien immobilisé, frais financiers, bancaires et intérêts d'emprunt, TVA récupérable), à la protection de l'environnement, à l'égalité entre les hommes et les femmes, ainsi que les autres priorités transversales fixées dans le Programme Opérationnel FSE « Compétitivité Régionale et Emploi ».

✓ J'ai été informé par AGEFOS PME PACA de la possibilité d'être soumis à un contrôle par les différentes instances communautaires concernées ainsi que par les organismes nationaux et régionaux de contrôle. J'ai l'obligation, soit d'une comptabilité séparée pour la traçabilité et le suivi FSE, soit d'une codification adéquate ou soit d'un système extra comptable par enlèvement des pièces justificatives à condition qu'il comporte tous les éléments permettant en cas de contrôle, une reconstitution précise des dépenses et des ressources déclarées. Je dois également conserver les pièces justificatives.

✓ J'ai été informé des indicateurs statistiques obligatoires (cf. Bulletin d'Inscription « Actions Collectives ») mentionnés dans la convention bilatérale passée entre le Préfet de Région et AGEFOS PME PACA pour permettre un suivi qualitatif des actions cofinancées par le FSE.

✓ Enfin, je m'engage à informer tous les salariés bénéficiaires d'une formation de son cofinancement par le FSE. Par ailleurs, toute publication ou communication devra faire mention du Fonds Social Européen.

✓ Le non respect des clauses ci-dessus mettrait fin au conventionnement dans le cadre du projet collectif.

Fait à _____ le _____ 2012

Signature & Cachet de l'entreprise

Signature & Cachet AGEFOS PME PACA

** www.agefos-pme-paca.com - Actions Collectives - Informations sur le FSE - déclaration « renseignements relatifs à la qualité de PME »

*** www.agefos-pme-paca.com - Actions Collectives - Informations sur le FSE - FSE « Compétitivité Régionale et Emploi » - Axe 1

IMPORTANT !

Vous inscrivez l'un de vos salariés à une formation organisée dans le cadre de la FOAD (Formation Ouverte et/ou A Distance).

Cette formation doit se dérouler pendant le temps de travail et, en cas de dépassement, donner lieu au paiement d'heures supplémentaires (ou complémentaires pour les salariés à temps partiel).

Toutefois, si les conditions sont réunies et avec l'accord écrit du salarié, l'action peut être suivie hors temps de travail, dans le cadre des actions relevant de la catégorie 2 du plan de formation, du DIF ou de la période de professionnalisation et ce, dans les limites des quotas autorisés. Les heures de formation suivies en dehors du temps de travail doivent alors donner lieu au versement de l'allocation de formation.

Il est donc essentiel que le salarié respecte les horaires de formation prévues par le protocole individuel qu'il a signé avec l'organisme de formation.

A noter par ailleurs qu'AGEFOS PME ne prend pas en charge les heures de dépassement de la durée maximale de formation.

**Pour en savoir plus
Contactez votre conseiller AGEFOS PME PACA**



DECLARATION RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA QUALITE DE PME



IDENTIFICATION PRECISE DE L'ENTREPRISE

Nom ou Raison sociale

Adresse du siège social

.....

Nom et titre du ou des dirigeants principaux

.....

.....

.....

TYPE DE L'ENTREPRISE

Indiquer par une croix dans quel cas se situe l'entreprise :

Entreprise autonome

Votre entreprise détient moins de 25 % (capital ou droits de vote) d'une autre entreprise et/ou une autre entreprise détient moins de 25 % de votre entreprise.

Incidence sur les données de votre entreprise : aucune

Entreprise partenaire

Votre entreprise détient entre 25 % et 50 % (capital ou droits de vote) d'une autre entreprise et/ou une autre entreprise détient entre 25 % et 50 % de votre entreprise.

Incidence sur les données de votre entreprise : Les données (effectif + chiffre d'affaires ou effectif + bilan annuel) de l'entreprise partenaire doivent être ajoutées en proportion à celles de votre entreprise.

Entreprise liée

Votre entreprise détient plus de 50 % (capital ou droits de vote) d'une autre entreprise et/ou une autre entreprise détient plus de 50 % de votre entreprise.

Incidence sur les données de votre entreprise : l'intégralité des données (effectif + chiffre d'affaires ou effectif + bilan annuel) de l'entreprise liée doit être ajoutée à celles de votre entreprise.

DONNEES POUR DETERMINER LA CATEGORIE D'ENTREPRISE

	Année 2010	Année 2011
Effectif salariés compris entre 1 et 249 personnes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Chiffre d'affaires < 50 M d'€	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<u>Ou</u> Bilan annuel < 43 Md'€	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SIGNATURE

Nom et fonction du signataire, habilité(e) à représenter l'entreprise :

.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de la présente déclaration.

Fait le à
Signature