

SECTION SANTÉ

8623ZD - Chirugiens-Dentistes

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

PROFESSION PRECISE CODE NAF [] [] [] [] [] []
Si "gérant majoritaire" ou "holding" (6420 Z et 7010 Z), indiquer impérativement votre profession

ADRESSE CODE POSTAL [] [] [] [] [] []

VILLE TÉL. PORT. FAX

ASSUJETTI A LA TVA NON ASSUJETTI A LA TVA **E-MAIL** @

AUTO-ENTREPRENEUR

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 OBLIGATOIREMENT A LA DEMANDE

(format A4 obligatoire)

- Devis de l'organisme de formation ou convention de stage
- Programme détaillé par journée de formation
- Photocopie de l'attestation de versement de la contribution à la formation professionnelle (URSSAF) ou attestation d'exonération de cette contribution (à réclamer 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

SECTION SANTÉ

LISTE DES PROFESSIONS

4773 ZP	Pharmaciens
7500 ZV	Vétérinaires
8610 ZH	Activités Hospitalières
8623 ZD	Chirurgiens-Dentistes
8690 BL	Biologistes
8690 DI	Infirmiers
8690 DS	Sages-Femmes
8690 EK	Masseurs kinésithérapeutes Rééducateurs
8690 EO	Orthophonistes
8690 EP	Pédicures-Podologues
8690 ER	Orthoptistes
8690 FD	Diététiciens

Veuillez attendre notre accord de prise en charge vous indiquant votre numéro de dossier avant de nous adresser ce document

N° dossier FIF PL :

(à compléter par le stagiaire)

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT

(document à compléter par l'organisme de formation)

Conformément à la loi "informatique et liberté" du 06 janvier 1978 (n°78-17) article 34, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données portées dans nos fichiers.

ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je soussigné..... Fonction.....
(nom du responsable de l'organisme de formation + fonction exacte)

de l'organisme de formation.....
(dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° / / / / / / / / / / / / / / /
(11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire :

Nom et prénom du stagiaire.....

a bien assisté à la totalité de la formation intitulée :

(indiquer l'intitulé exact de la formation)

qui s'est déroulée du...../...../..... au...../...../.....
(indiquer la date de début et de fin de formation)

Nombre de jours entiers..... + nombre de demi-journées.....
(6 heures minimum) (4 heures minimum)

Nombre total d'heures de formation

ATTESTATION DE RÈGLEMENT

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit **un montant total de**.....€ HT et.....€ TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Fait à....., le.....

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

**Nom, prénom et signature
du responsable de l'organisme de formation**

L'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non facturée à l'OGDPC.



Ce document est disponible sur le site www.fifpl.fr

Cette attestation de présence n'exclut pas l'obligation pour l'organisme de formation, de tenir à la disposition du FIF PL les feuilles d'émargement, ainsi que les fiches d'évaluation de chaque stagiaire.

