

## ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), (NOM et PRENOM) .....

Fonction : .....

Déclare avoir pris connaissance de la candidature de :

Mme – Mlle – Mr .....

**Exerçant la fonction de** : .....

**(Précisez)** : .....

dans mon établissement depuis le : .....

### **Mode de financement envisagé pour la formation**

Budget de l'employeur

Opcos Santé

Adresse complète de l'Organisme de financement : .....

N° tél : .....

**Si financement partiel par un organisme Tiers, l'employeur s'engage à prendre en charge la différence entre le montant de la formation et le règlement de l'organisme de financement.**

### **Lieu de formation :**

*Entourer le centre de formation choisi*

\* HETIS Nice

\* Imf Marseille

\* Imf Avignon

\* Irts Paca Corse Marseille

**Exemplaire destiné au service comptable**



**F a c t u r a t i o n   d e   l a   f o r m a t i o n**

*La totalité de la facture est à la charge de l'employeur sous réserve de demande de prise en charge par un organisme collecteur.*

**La prise en charge a-t-elle été demandée à l'OPCA ?**

- OUI                                       NON

**Transmission de la facture à :**

- Organisme de financement
- Employeur
- Autres

Adresse à préciser : .....

**Transmission des documents de suivi du/de la stagiaire à :**

**Nom** du / de la **réfèrent(e)** du suivi de formation du / de la stagiaire dans la structure employeur : .....

**Adresse(s) Email** pour envoi des feuilles d'émergence : .....

Observations éventuelles : .....

**Cachet / signature de l'établissement**

**Fait à : ....., le .....**