

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

Opco 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

* Iests 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'émergement :

.....

.....

Observations éventuelles :

.....

Cachet / signature de l'établissement

Fait à :, le