

CONTRAT UNIQUE D'INSERTION

CONTRAT D'ACCÈS À L'EMPLOI (CAE-DOM)

AIDE FORMATION

Cadre réservé au prescripteur					
dept	année	n° d'ordre	décision prolongation	décision modification	
Date de dépôt :			_____		
Code prescripteur :			_____		
Numéro IDE (si salarié inscrit à Pôle emploi) :			_____		



L'EMPLOYEUR

Dénomination, raison sociale : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ ☉ _____
Commune : _____

N° SIRET : _____
Code NAF2 : _____

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Statut de l'employeur : (tableau 1) _____
Effectif salarié au 31 décembre : _____

Adresse : _____
Code postal : _____ ☉ _____
Commune : _____
Courriel : _____

Paiement par virement : Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

LE SALARIÉ

M. Mme Nom de famille : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____
Né(e) le _____ à : _____ dept ou pays : _____ Nationalité : France
Adresse : _____ Union européenne
_____ Hors Union européenne
Code postal : _____ Commune : _____
☉ _____
Courriel : _____

LA FORMATION

Nom de l'organisme de formation : _____
N° d'enregistrement : _____ N° SIRET : _____
Intitulé de la formation : _____
Lieu de la formation : _____
Date de début de formation : _____ Date de fin de formation : _____ Durée de la formation : _____ heures
Personne chargée au sein de l'entreprise de suivre le déroulement de la formation : _____ (mini 200 heures, maxi 1 000 heures)
Nom : _____ Fonction dans l'entreprise : _____
La formation débouche sur (tableau 2) : _____

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Montant total de l'aide de l'État _____, _____ euros

L'employeur s'engage à mettre en œuvre la formation ci-dessus décrite. Il certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus qui le concernent et déclare avoir pris connaissance des informations figurant dans la notice d'information de la demande d'aide initiale. Le versement de l'aide de l'Etat est assuré par l'ASP. Le contrôle de l'application de cette aide est effectué par le prescripteur. En cas de non exécution de la présente aide, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement.

Fait le : _____
L'employeur ou son représentant
Nom et qualité (Signature et cachet)

Fait le : _____
Pour l'Etat
Pour décision d'attribution
Nom et qualité (Signature et cachet)