



Pour la formation des salariés
des Professions Libérales et de l'Hospitalisation Privée

OPCA PL

Service PLAN

4, rue du Colonel Driant

75046 PARIS CEDEX 01

ATTENTION !

Pour que votre dossier soit
traité, joignez impérativement
les documents demandés.



Entreprises libérales de MOINS de 10 salariés



Demande préalable de prise en charge PLAN / DIF

A compléter et à retourner à l'OPCA PL, **accompagnée des documents suivants :**

- programme de la formation ;
- convention ou devis de la formation ;
- copie du dernier bulletin de salaire du stagiaire.

OPCA PL - Service Plan -10

4, rue du Colonel Driant

75046 PARIS CEDEX 01

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Nom / Raison sociale : _____

Adresse : _____

Tél., fax : _____

E-mail : _____

Profession : _____

Siret :

Effectif (au jour de la demande) :

N° DE DOSSIER (zone réservée OPCA PL)

Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales

4, rue du Colonel Driant - 75046 PARIS CEDEX 01

Tél. 01 53 00 86 00 - Fax 01 53 00 78 00 - E.mail : opcapl@opcapl.com - site : www.opcapl.com

Agréé OPCA par arrêté ministériel du 9 novembre 2011 - Siret 344 945 431 000 72 - NAF 9411 Z

Accédez directement
à nos barèmes de prise en charge
sur la page d'accueil de notre site
sur www.opcapl.com

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGE

- Nom de l'organisme de formation : _____
- N° de déclaration d'activité de l'organisme de formation :
- Intitulé du stage : _____
- Durée du stage : *en nombre d'heures* , *en nombre de jours*
- Date de la 1^{ère} journée de stage : / /
- Date de la dernière journée de stage : / /
- Coût total facturé par l'organisme de formation € HT
- Le stage se déroule : dans votre entreprise
 - dans les locaux de l'organisme de formation*
- *Dans ce cas, veuillez préciser la ville _____
et le code postal

Zone réservée OPCA PL				
Code OF				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code objet				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conseil ! Vérifier sur www.opcapl.com que cette formation est bien prise en charge lorsqu'elle se réalise au sein de l'entreprise.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e), _____
agissant en qualité de représentant de l'entreprise,

- demande la prise en charge des **frais pédagogiques** de l'action de formation selon les barèmes en vigueur de l'OPCA PL.
- demande la **participation aux frais de salaire et d'allocation de formation** selon les plafonds définis par l'OPCA PL et la répartition de la formation (en temps de travail et hors temps de travail).
- demande la prise en charge des **frais de transport et d'hébergement** liés à la réalisation de cette action de formation, selon les plafonds autorisés par l'OPCA PL et sur la base d'un trajet entreprise/lieu de formation. La distance sera calculée par Google Maps.

Conseil ! Vérifier sur www.opcapl.com que les frais de salaire, de transport et d'hébergement sont bien pris en charge dans le cadre de cette formation.

Fait à : _____ Le : / /

Signature :

Cachet de l'entreprise

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES STAGIAIRES

Stagiaire n°1

Nom / prénom : _____

N° de SS :

Initiative du départ en formation

Employeur

dans le cadre du Plan de formation

Durée totale de l'action pour ce stagiaire

h

Nombre d'heures réalisées hors temps de travail

h

> Si l'action constitue une formation d'adaptation au poste de travail, elle ne peut pas se dérouler hors temps de travail, ni se réaliser dans le cadre du DIF.

> Si l'action ouvre droit à la participation aux frais de salaires ou à la prise en charge de l'allocation hors temps de travail, celle-ci sera calculée selon les durées renseignées ci-dessus.

Salarié

dans le cadre du DIF (Droit Individuel à la Formation)

Nombre d'heures utilisées dans le cadre du DIF

h

Durée du DIF utilisé hors temps de travail

h

*Signature du salarié**

***Obligatoire** si la formation se déroule en DIF ou pour tout ou partie hors temps de travail.

Stagiaire n°2

Nom / prénom : _____

N° de SS :

Initiative du départ en formation

Employeur

dans le cadre du Plan de formation

Durée totale de l'action pour ce stagiaire

h

Nombre d'heures réalisées hors temps de travail

h

> Si l'action constitue une formation d'adaptation au poste de travail, elle ne peut pas se dérouler hors temps de travail, ni se réaliser dans le cadre du DIF.

> Si l'action ouvre droit à la participation aux frais de salaires ou à la prise en charge de l'allocation hors temps de travail, celle-ci sera calculée selon les durées renseignées ci-dessus.

Salarié

dans le cadre du DIF (Droit Individuel à la Formation)

Nombre d'heures utilisées dans le cadre du DIF

h

Durée du DIF utilisé hors temps de travail

h

*Signature du salarié**

***Obligatoire** si la formation se déroule en DIF ou pour tout ou partie hors temps de travail.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES STAGIAIRES

Stagiaire n°3

Nom / prénom : _____

N° de SS :

Initiative du départ en formation

Employeur

dans le cadre du Plan de formation

Durée totale de l'action pour ce stagiaire

h

Nombre d'heures réalisées hors temps de travail

h

> Si l'action constitue une formation d'adaptation au poste de travail, elle ne peut pas se dérouler hors temps de travail, ni se réaliser dans le cadre du DIF.

> Si l'action ouvre droit à la participation aux frais de salaires ou à la prise en charge de l'allocation hors temps de travail, celle-ci sera calculée selon les durées renseignées ci-dessus.

Salarié

dans le cadre du DIF (Droit Individuel à la Formation)

Nombre d'heures utilisées dans le cadre du DIF

h

Durée du DIF utilisé hors temps de travail

h

Signature du salarié*

***Obligatoire** si la formation se déroule en DIF ou pour tout ou partie hors temps de travail.

Stagiaire n°4

Nom / prénom : _____

N° de SS :

Initiative du départ en formation

Employeur

dans le cadre du Plan de formation

Durée totale de l'action pour ce stagiaire

h

Nombre d'heures réalisées hors temps de travail

h

> Si l'action constitue une formation d'adaptation au poste de travail, elle ne peut pas se dérouler hors temps de travail, ni se réaliser dans le cadre du DIF.

> Si l'action ouvre droit à la participation aux frais de salaires ou à la prise en charge de l'allocation hors temps de travail, celle-ci sera calculée selon les durées renseignées ci-dessus.

Salarié

dans le cadre du DIF (Droit Individuel à la Formation)

Nombre d'heures utilisées dans le cadre du DIF

h

Durée du DIF utilisé hors temps de travail

h

Signature du salarié*

***Obligatoire** si la formation se déroule en DIF ou pour tout ou partie hors temps de travail.

N'oubliez pas de joindre les documents demandés en page 1 !

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire par les entreprises. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant auprès de l'OPCA PL.