le cnam

# Formulaire de prise en charge

au titre du droit individuel à la formation DIF
pour les enseignements du centre Cnam Paris
2015-2016

**Frais d'inscription :**

**Forfait 20h DIF pour 1 Unité d'Enseignement : 650,00 €**

**(le Cnam n'est pas assujetti à la TVA pour les actions de formation)**

**Le dossier ne doit comporter aucune rature ni surcharge**

La prise en charge du DIF est demandée conformément au devis établi dans le cadre du plan de formation

**Nom ou raison sociale de l'employeur** :.....

.....

Adresse :.....

Code Postal : .....Commune : .....

Contact : .....e-mail : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

N°SIRET **:** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| __| Code APE : |___|___|___|___|

**A remplir uniquement si l'employeur a demandé la prise en charge de l'inscription par un OPCA**

Si l'employeur a demandé la prise en charge directe du coût de la formation à un organisme paritaire, il indique ci-dessous les coordonnées de cet organisme sans omettre de joindre au dossier la confirmation de prise en charge qui lui a été adressée par cet organisme. La facture sera adressée directement par le Cnam à l'OPCA.

Nom de l'organisme : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....Commune : .....

Contact : .....e-mail : .....

Téléphone : .....Fax : .....

N°SIRET **:** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| __| Code APE : |___|___|___|___|

Participation de l'OPCA : .....€uros

**Le dossier ne doit comporter aucune rature ni surcharge**

**L'inscription du stagiaire ne sera effective qu'à réception de ce formulaire signé et tamponné par l'entreprise à l'adresse suivante :**
**Cnam/Centre Parisien - SIO - Case 4CEP01 / A l'attention de Madame Martine HEMERY- 292 rue Saint Martin 75141 PARIS Cedex 03-**
**Mail : martine.hemery@cnam.fr**

le cnam

# Formulaire de prise en charge

## au titre du droit individuel à la formation DIF pour les enseignements du centre Cnam Paris 2015-2016

Participation de l'employeur : ……..€

**ATTENTION :** dans l'hypothèse où l'OPCA résilierait, pour quelque motif que ce soit, la prise en charge accordée, l'intégralité des sommes dues au Cnam devrait être payée par l'employeur de l'auditeur, qui a présenté la demande de prise en charge. Aucune modification de prise en charge ne sera acceptée après l'inscription.

Pour : Mme |___| Mlle |___| M |___| Date de naissance : …… Lieu : ……

Nom : ……Prénom : ……..……

Adresse : …….

Code postal : ……Ville : ……..…….

Tél personnel : ……Tél professionnel : ……

Adresse e-mail : ……N°auditeur (si déjà inscrit au cnam) : ……

**NOMBRE D'HEURES CUMULEES DIF :**

| SEMESTRE | CODE U.E | INTITULE UNITE D'ENSEIGNEMENT | LIEU D'ENSEIGNEMENT | CREDIT | MODALITE | PRIX |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | MONTANT TOTAL | | | |

**L'employeur, le signataire de la convention** Bon pour accord,
**Date, cachet, signature**

A : ……
Le : ……

**L'inscription du stagiaire ne sera effective qu'à réception de ce formulaire signé et tamponné par l'entreprise à l'adresse suivante :**
**Cnam/Centre Parisien - SIO - Case 4CEP01 / A l'attention de Madame Martine HEMERY- 292 rue Saint Martin 75141 PARIS Cedex 03-**
**Mail : martine.hemery@cnam.fr**