



# Demande préalable de participation au financement d'une action de bilan de compétences

Cadre réservé à l'ADEFIM  
Dossier n° .....

*Le présent document a pour objet, dans le cadre de l'accord national du 20 juillet 2004 relatif à la formation professionnelle, de permettre à l'ADEFIM de vous proposer un plan de financement pour les actions de formation de vos salariés. Merci de répondre aux questions, afin que l'ADEFIM puisse vous proposer les solutions les mieux adaptées à travers les différents dispositifs de l'accord.*

## 1. INFORMATIONS RELATIVES A L'ENTREPRISE

N°

Raison sociale \_\_\_\_\_ N° SIRET \_\_\_\_\_ Code NAF \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Si vous avez déjà bénéficié d'un (de) bilan(s) de compétences pris en charge par l'OPCAIM, indiquez la date du dernier bilan

## 2. INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIÉ

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Type de contrat : CDI ou CDD      Situation du salarié : en cours de contrat      démissionnaire      licencié

Date d'entrée dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Dans de fin du contrat \_\_\_\_\_

Catégorie socioprofessionnelle    OS    OP    EMP    TECH    AM    VRP    I et C

## 3. ORGANISATION DU BILAN DE COMPÉTENCES

Date de début \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_\_\_ Durée en heures \_\_\_\_\_ Durée en jours \_\_\_\_\_

Coût du bilan de compétences \_\_\_\_\_ €HT

En cas d'utilisation du DIF, un accord d'entreprise prévoit-il que les heures se réalisent en partie sur le temps de travail ? Oui      Non

Répartition des heures du bilan de compétences				Total des heures	Salaire horaire de référence pour le calcul du montant de l'allocation DIF <small>(à renseigner si utilisation du DIF)</small>
<i>Heures de bilan de compétences réalisées à l'initiative du salarié dans le cadre du DIF (Salarié en CDI uniquement)</i>		<i>Heures de bilan de compétences réalisées à l'initiative de l'employeur dans le cadre de son plan de formation</i>			
<i>TT</i>	<i>HTT</i>	Total	<i>TT ou HTT</i>		
_____	_____	_____	_____	_____	_____ €/h

## 4. PRESTATAIRE DE SERVICE OU CENTRE DE BILAN DE COMPÉTENCES

Raison sociale \_\_\_\_\_

N° de déclaration d'activité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopie \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_

Fait à ..... le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**L'entreprise**  
(Signature et cachet)

**Adefim**  
Demande reçue le : .....  
Traité par : .....