

DENOMINATION DE L'ENTREPRISE :

SIRET : _____

REFERENCE DE LA DECISION D'AUTORISATION DE MISE EN ACTIVITE PARTIELLE : _____

PERSONNE CONTACT AU SEIN DE L'ENTREPRISE (NOM/ PRENOM) °:

COORDONNEES DU CONTACT (TELEPHONE/MAIL) :

NOMBRE DE SALARIES PLACES EN ACTIVITE PARTIELLE A FORMER : _____

NOMBRE TOTAL D'HEURES DE FORMATION PREVUES : _____

MONTANT TOTAL DE LA PROPOSITION FINANCIERE DU PRESTATAIRE (TTC) :

SUBVENTION SOLLICITEE AU TITRE DU FNE-FORMATION : _____ €

DESCRIPTIF DES ACTIONS DE FORMATION PREVUES [*contexte, calendrier, objet de la formation, objectifs de montée en compétences, actions prévues ; joindre la proposition financière de l'organisme de formation*] :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES EVENTUELLES A PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'ADMINISTRATION : _____

ENGAGEMENT ET SIGNATURE :

Je soussigné(e) _____, en qualité de représentant(e) légal(e) de l'entreprise désigné dans le présent dossier, ayant qualité pour l'engager juridiquement, sollicite une aide publique pour un montant de _____ euros sur la base d'un coût total de _____ euros pour la réalisation de l'opération décrite dans le présent dossier de demande de subvention.


Je certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier.

J'atteste sur l'honneur la régularité de la situation fiscale et sociale de l'organisme que je représente.

J'ai pris connaissance des obligations liées au bénéfice de cette aide publique et m'engage à les respecter si l'aide m'est attribuée.

Date :

Nom, prénom, qualité, cachet, signature :

 <p>MINISTÈRE DU TRAVAIL <i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	<p><u>Ne pas renseigner, réservé au service gestionnaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none">▶ Dossier reçu le :▶ N° d'enregistrement :▶ Suivi par :
--	--