**SITUATION DU PORTEUR DU PROJET**

* Raison sociale :
* Numéro ICOM :
* Adresse :
* Nom, prénom et fonction du contact :
* Téléphone :
* Mail :
* Pourcentage de versement Formation Professionnelle Continue :

**PROJET DE FORMATION**

1. **ORIGINE DE LA DEMANDE** 
   * Contexte
   * Mettre en évidence la plus value de l’organisation de la formation en collectif
2. **ORGANISME DE FORMATION OU OPAC** (Organisme Prestataire d'Action concourant au développement des Compétences)

***Recommandation****: Dans le cadre de sa politique de transparence et de qualité, Uniformation vous recommande vivement de mener une démarche de mise en concurrence c'est-à-dire de procéder à un appel d’offres pour le choix de l’OPAC que vous retiendrez pour cette action de formation.*

* + Indiquer les modalités et les conditions de sélection du choix de l’OPAC :
  + Numéro de déclaration d’activité :
  + Qualiopi  oui  non Si non, préciser date d’évaluation de l’OPAC à la certification qualité :

*N.B. : Au 1er janvier 2022, la certification qualité est obligatoire pour tous les prestataires d’actions concourant au développement des compétences qui souhaitent accéder aux fonds publics et mutualisés*

* + Numéro Siret :
  + Raison sociale :
  + Adresse :
  + Nom, prénom et fonction du signataire de la convention de formation pour l’OPAC :
  + Téléphone :
  + Mail (**obligatoire**) :
  + Fonction et statut des intervenants à compléter – joindre un CV simplifié pour chaque intervenant :

1. **INTITULÉ DE LA FORMATION**

|  |
| --- |
|  |

1. **PUBLIC CIBLE** (Postes occupés)
2. **MÉTHODE PÉDAGOGIQUE** (cocher la case correspondante)

Formation en présentiel

Formation à distance

Formation mixte (à distance et en présentiel)

1. **DURÉE ET NOMBRE DE SESSIONS DE FORMATION**

*Rappel : une formation peut avoir une ou plusieurs sessions (un seul formulaire à remplir)*

* + Durée en heures de la formation :
  + Nombre d’heures par jour de formation :
  + Nombre de jour(s) total de formation :
  + Nombre total de sessions :

1. **DATE(S) ET LIEU(X) DE FORMATION**

*N.B. : Indiquer pour chaque session les dates et le lieu (s’ils ne sont pas connus préciser « à définir »)*

* + Date de début :
  + Date de fin :
  + Indiquer les dates précises des journées de formation (en présentiel et/ou distanciel) :
  + Lieu(x) :

1. **NOMBRE D’APPRENANTS** (***5 apprenants minimum par session****)*
   * Nombre d’apprenants total :
2. **OBJECTIFS VISÉS**
3. **CONTENU ET SÉQUENCAGE DU PROGRAMME DE FORMATION**

*Merci de détailler les contenus pour chaque séquence :*

**FINANCEMENT DE L’ACTION DE FORMATION**

1. **BUDGET PRÉVISIONNEL** Le budget prévisionnel présenté ci-dessous concerne l’ensemble des apprenants participant à l’action de formation :

| **CHARGES** | | **DEMANDE À UNIFORMATION** | | | ***Participation***  ***des entreprises*** | ***Autres financeurs***  *(À préciser)* | **COÛT**  **TOTAL** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RÈGLEMENT** | | |
| **du Coût Pédagogique**  **à l’Organisme de formation** | **des Frais Annexes des apprenants (2)** | |
| **à l’Organisme de formation** | **à l’adhérent** |
| **COÛT PÉDAGOGIQUE**  **ORGANISME DE FORMATION** | *Coût jour/groupe* **(1)** |  |  |  |  |  |  |
| **Montant pour l’ensemble des sessions**  *(y compris frais d’ingénierie,*  *location de salle, supports pédagogiques, frais annexes intervenant…)* |  |  |  |  |
| **TOTAL ➀** |  |  |  |  |
| **FRAIS**  **ANNEXES**  **APPRENANTS (3)** | **Déplacement** |  |  |  |  |  |  |
| **Restauration** |  |  |  |  |  |
| **Hébergement** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL ➁** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL CHARGES➀*+*➁** | |  |  |  |  |  |  |

**(1)** Coût jour applicable pour 6 heures minimum / Côut demi-journée applicable pour 3 heures minimum

**(2)** Dans les colonnes « **RÈGLEMENT des Frais Annexes des apprenants à l’Organisme de formation / à l’adhérent »** répartir les montants qui seront à verser **soit** à l’organisme de formation **soit** à l’adhérent.

**(3)** Prise en charge des Frais Annexes dans la limite des plafonds de l’OPCO consultables sur le site internet : [**Frais annexes | Uniformation**](https://www.uniformation.fr/entreprise/financements/frais-annexes-et-couts-pedagogiques#chapter-411)

# LISTE DES APPRENANTS ET ENTREPRISES PARTICIPANTES AU PROJET DE FORMATION (si ceux-ci sont identifiés)

| **LISTE DES APPRENANTS SALARIÉS** | | | | | | **FRAIS ANNEXES DES APPRENANTS (\*)** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Nom de**  **naissance (5)** | **Prénom** | **NIR** **(5)**  (les **13 premiers chiffres** du  N° de Sécurité Sociale) | **Emploi occupé** | **Type de contrat de travail**  *(CDI, CDD, Contrat Appr, Contrat Pro****)****)*  ***(si CDD préciser date de fin de contrat)*** | **Déplacement** | **Restauration** | **Hébergement** | **Rémunération** | **TOTAL** | **RAISON SOCIALE** | **N° ICOM**  (n° adhérent UNIFORMATION de la structure) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Préciser les modalités de calcul des frais annexes :

| **LISTE DES APPRENANTS DIRIGEANTS, BÉNÉVOLES**  **et SERVICEs CIVIQUEs(6)** | | | | | **FRAIS ANNEXES DES APPRENANTS (\*)** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Nom de**  **naissance (5)** | **Prénom** | **NIR (5)**  (les **13 premiers chiffres** du  N° de Sécurité Sociale) | **Fonction occupée** | **Déplacement** | **Restauration** | **Hébergement** | **TOTAL** | **RAISON SOCIALE** | **N° ICOM**  (n° adhérent UNIFORMATION de la structure) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**(5)** Vous devrez, désormais, collecter ces informations auprès de chaque apprenant conformément à l’article [L6353-10 du Code du travail](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037461056) et des décrets d’application qui obligent les OPCOs à transmettre ces données pour répondre aux exigences de transmission à la plateforme AGORA.

**(6)** Les actions de formation sont accessibles en priorité aux salariés de la branche ALISFA, puis aux Dirigeants Bénévoles\* ET aux Volontaires en service civique jusqu'à 49% de l’effectif de la session.

(\*) Préciser les modalités de calcul des frais annexes :