|  |  |
| --- | --- |
| Logo Horizontal |  **DEMANDE DE FINANCEMENT** **D’ACTION COLLECTIVE 2021** **(DFAC)** |

**« INTITULE DE L’ACTION »**

**A noter : Le prestataire doit :**

* Disposer d’un numéro de déclaration d’activité, en cours de validité, en tant que prestataire de formation,
* S’être déclaré sur la plateforme Datadock,
* Être référencé par Uniformation

**SITUATION DU PORTEUR DE PROJET**

* Raison sociale**\***:
* Numéro ICOM**\*** :
* Adresse**\*** :
* Nom, prénom et fonction du contact **\***:
* Téléphone et mail **\***:
* Pourcentage de versement Formation Professionnelle Continue**\*** :
* Financement obtenu en N-1 au titre d’une action collective : Oui / Non
	+ Si oui : merci d’indiquer le montant de financement obtenu et de présenter un bilan de l’action réalisée.

**PROJET DE FORMATION**

1. **ORIGINE de la DEMANDE \***
* Contexte.
* Mettre en évidence la plus value de l’organisation de la formation encollectif.
1. **OBJECTIF(S) VISE(S*)* \***
* Définir l’objectif à atteindre, notamment en termes de compétences ou de qualifications à acquérir.
* Mettre en évidence le caractère formatif de la formation et la transférabilité des compétences.
1. **CONTENU \***
* Indiquer le programme précis détaillé et séquencé, (durée, modalités,…) en cohérence avec l’objectif proposé.
* Indiquer les méthodes pédagogiques utilisées.
1. **PUBLIC \***
* Définir le public concerné (compétences éventuellement requises (pré requis), poste de travail occupé, etc…).
1. **NOMBRE de STAGIAIRES \***
	* Nombre de stagiaires total **\***:
	* Nombre de stagiaires relevant d’Uniformation :
		+ Détailler le nombre de stagiaires par branche professionnelle :
2. **DUREE, DATE(S) et LIEU(X) DE FORMATION**
* Nombre total de jours de formation**\***:
* Nombre total d’heures de formation**\***:
* Date(s) de l’action de formation**\***:
* Lieu(x) de l’action de formation**\*** :
1. **ORGANISME(S) de FORMATION**

***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’Organisme de formation que vous retiendrez pour cette action de formation.*

* + Indiquer les modalités et les conditions de sélection du choix de l’Organisme de Formation.
* Numéro de déclaration d’activité**\*** :
* Numéro Siret **\***:
* Raison sociale**\*** :
* Adresse**\*** :
* Nom, prénom et fonction du signataire de la convention de formation pour l’organisme de formation :
* Téléphone et mail**\*** :
	+ Fonction et statut des intervenants**\*** (joindre CV des intervenants lorsque le porteur de projet (ou membre de son réseau) est également Organisme de formation) :

**FINANCEMENT DE L’ACTION DE FORMATION**

1. **BUDGET PREVISIONNEL**

Le Budget prévisionnel présenté ci-dessous concerne l’ensemble des stagiaires participant à l’action de formation :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** |  **Montants**  | **Produits** | **UNIFORMATION \*** |  **Participation des entreprises**  |  **Autres financeurs****(A préciser)**  |
| **Montant Coût Pédagogique\***  |  | **Montant Coût Pédagogique \*** |  |  |  |
| ***Coût Pédagogique journée/groupe*\*** |  |
| ***Coût Pédagogique heure/stagiaire*** |  |
| **Total Coût pédagogique\***  |  0,00 € | **Total Coût pédagogique\***  |  0,00 € |  0,00 € |  0,00 € |
| **Restauration** |  | **Restauration** |  |  |  |
| **Hébergement** |  | **Hébergement** |  |  |  |
| **Déplacement** |  | **Déplacement** |  |  |  |
| **Total Frais Annexes (FA)** |  0,00 € | **Total Frais Annexes (FA)** |  0,00 € |  0,00 € |  0,00 € |
| **Total de la Rémunération**  |  | **Total de la Rémunération**  |  |  |  |
| **Total Charges\*** |  **0,00 €** |  **Total Produits\***  |  **0,00 €** |  **0,00 €** |  **0,00 €** |
|  |  |  |  |  |  |
| **Montant total forfaitaire** |  | **Montant total forfaitaire** |  |  |  |
| **(1) Coût complet/jour/personne** |  |

1. Le coût complet/jour/personne comprend Obligatoirement Coût pédagogique + déplacement + frais annexes + éventuellement de la rémunération.

#  LISTE DES STAGIAIRES ET ENTREPRISES PARTICIPANTES AU PROJET DE FORMATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liste des stagiaires** | **Frais annexes des stagiaires (\*)** | **Liste des entreprises participantes** |
| **Nom\*** | **Prénom\*** | **Statut\* : salariés / bénévoles** | **Emploi ou fonction occupée\*** | **Nature du contrat de travail (si CDD préciser date de fin) \*** | **Déplacement** | **Repas** | **Hébergement** | **Rémunération** | **TOTAL** | **RAISON SOCIALE\*** | **N° ICOM\*** | **CCN appliquée *(1)*** | **Si OPCO autre qu'Uniformation merci de l'indiquer** | **% de versement global N - 1** | **Taille** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

* + - 1. *Si une structure n’applique aucune CCN et quelle ne cotise pas à Uniformation, merci de vérifier qu’elle ne releve pas d’un champ conventionnel couvert par UNIFORMATION.*

Zone grisée : informations renseignées par les services d’Uniformation.

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

**INFORMATIONS RENSEIGNEES PAR LES SERVICES D’UNIFORMATION**

**Demande de financement :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coût Pédagogique** | **Frais de déplacement** | **TOTAL** |
|   |   |   |

**Nouveau** : Les frais de déplacement peuvent être pris en charge dans le cadre d’une ACT selon les barèmes de l’OPCO.

**Accord de financement :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coût Pédagogique** | **Frais de déplacement** | **TOTAL** |
|   |   |   |

**OBSERVATIONS ET AVIS DES SERVICES TECHNIQUES :**

**DECISION :**