

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE FORMATION au titre du plan de formation/ Co financement AC Fafih

Règlement par le Fafih

L'entreprise			
Enseigne Commerciale :		N° d'Adhérent :	
<b>Raison Sociale :</b>		N° SIRET :	
Nombre de Salariés moyen :		Code Naf :	
N° Voie :	Voie		
Code Postale :		Commune :	
Téléphone :		Fax :	Courriel :
Responsable à contacter :			

La formation			
<b>Intitulé de la formation : Formation à l'Hygiène Alimentaire spécifique à la Restauration Commerciale</b>			
<b>Durée de la formation par personne</b>		en 14 heures	en 2 jours
<b>Date:</b>	Du :	Au:	
<b>Nom de l'Organisme de formation : SSA Ingénierie Conseil Formation</b>			
N° Siret : 478 803 521 000 28		N° d'existence : 98970294697	
N° Voie : 9	Voie : Rue Patrice Lumumba (Ancienne rue Ant anifotsy)		
Code Postale : 97419	Commune : LA POSSESSION		
Téléphone : 02 62 59 01 16	Fax : 02 62 24 27 17	Courriel : johanna.bouquet@ssa974.com	
<b>Personne à contacter : Johanna Bouquet</b>			
<b>Lieu souhaité de déroulement de la formation :</b>			
<input type="checkbox"/> La Possession <input type="checkbox"/> Sainte Clotilde <input type="checkbox"/> Saint Pierre			
Niveau de la formation :			
<b>Coût pédagogique HT (TVA 0%) : 250€ H.T. par personne</b>			

Le(s) Salarié(s)						
	Nom/prénom	N° Sécurité Sociale	Sexe	Qualification	Fonction	Catégorie d'action(*)
1						
2						
3						
4						
5						
Pour plus de 5 participants, utiliser une 2ème demande (ne remplir que la section salarié)				(*) Préciser: 1 Actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi 2 Actions de développement des compétences		

Date :

Signature et cachet de l'employeur: