

Demande de remboursement

ETT

ETT : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

N° de SIRET : _____ Tél. : _____

Nom du représentant de l'ETT : _____

Adresse mail : _____

SALARIÉ(E)

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Droit au DIF au jour de la demande : _____ heures

Dates de la période des droits au DIF : du _____ au _____

CSP (1 ouvrier / 2 employé / 3 technicien agent de maîtrise / 4 cadre)

FORMATION

Intitulé : _____

Prestataire de formation : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

Tél. : _____ N° déclaration d'activité : _____ Siret : _____

Dates de formation : du _____ au _____ Durée : _____ heures

Frais pédagogiques	ETT	Prestataire
Coûts pédagogiques		
Repas formateur		
Transport formateur		
Hébergement formateur		
TOTAL HT (a)		

Rémunération / Allocation	Temps de travail		Hors temps de travail*	
	Heures	Rémunération (1)	Heures	Allocation (2)
TOTAUX :	Rémunération (b)		Allocation (d)	
	Rémunération chargée (b+40,18%) = (c)			
	Rémunération et allocation (c+d) = (e)			

*Uniquement pendant une mission - (1) Taux horaire et congés payés hors charges patronales - (2) Allocation de formation versée au titre de l'action de formation

Frais hébergement et transport	Demandé	Nombre	ETT	Prestataire
Repas HT				
Petit-déjeuner HT				
Hébergement TTC				
Transport TTC				
TOTAL (f)				
Plafonds forfaitaires : Repas 20 €/repas - Petit déjeuner 10 €/pdj - Hébergement 100 €/nuit			TOTAL (a+e+f)	
			TVA	
			TOTAL TTC	

Demandez-vous le solde de ce dossier sur votre plan de formation ? Oui Non

Date de la demande : _____ Signature : _____

Il vous appartient de vérifier les conditions d'acquisition des droits aux DIF et de conserver les justificatifs correspondants.