

Entreprise de 11 salariés et plus

Entreprise

Raison sociale :
Adresse :
Code postal : Ville :
N° IDCC : N° adhérent :
N° SIRET :
Personne à contacter :
E-mail :

OCAPIAT

Centre de gestion Régional

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Rendez-vous sur www.ocapiat.fr pour connaître les coordonnées de votre direction territoriale]

Demande

Nom du Maître d'Apprentissage :
Prénom du Maître de d'Apprentissage :
Date de naissance du Maître d'Apprentissage :

Nom de l'Apprenti(1) : Date de début du contrat :
Prénom de l'Apprenti : Date de fin du contrat :
N°NIR* :

Nom de l'Apprenti(2) : Date de début du contrat :
Prénom de l'Apprenti : Date de fin du contrat :
N°NIR* :

**NIR : numéro de sécurité sociale français, officiellement appelé Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques. Ce numéro est notamment inscrit sur la carte vitale des personnes majeures, en-dessous du nom et du prénom du porteur. Seuls les OPCO sont habilités à collecter le NIR et uniquement pour AGORA.*

L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction

Pièce justificative

La présente demande de prise en charge complétée et signée.

La validation

Par la présente, j'atteste :
- de l'exactitude des informations mentionnées sur cette demande

Fait le :

À :

Signature et tampon de l'entreprise :