**TOUS LES CHAMPS DOIVENT ETRE COMPLETES, DANS LE CAS CONTRAIRE NI LE CONTRAT NI LA CONVENTION NE SERONT ETABLIS.**

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE AU CANDIDAT ADMISSIBLE**  Conseiller CFP UNION : Anne SILVESTRE [anne.silvestre@cfa-union.org](mailto:anne.silvestre@cfa-union.org) Tél 07.88.02.63.35  Formation choisie pour la rentrée 2024-2025 :  Nom de naissance de l’apprenant :  Nom d’usage :  Prénom de l’apprenant :  N° sécurité sociale :  Reconnaissance RQTH :  Oui  En cours  Non  Inscription à pôle emploi :  Oui  Non  Si oui N° d’inscription :  Durée :       mois :  **Votre situation précédente :**  Intitulé précis **du dernier** diplôme ou titre **préparé**:  Année de préparation :  Intitulé du diplôme ou titre le plus élevé **obtenu ou en cours d’obtention** :  Année d’obtention :  Etablissement fréquenté en 2023/2024 : Nom :       Code postal :       Ville :  Etablissement fréquenté AVANT votre 1er contrat d’alternance : Nom :       Code postal :       Ville :  Je soussigné ( e ) :       (nom, prénom candidat): atteste avoir pris connaissance du [règlement intérieur de l’OF UNION](http://site.cfa-union.org/mediatheque/pages/Reglement_Interieur_Juin_2020.pdf)  Date :  Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| **MISSIONS CONFIEES EN ENTREPRISE** | |
| Descriptif des missions  : | |
| **CADRE RESERVE A LA FORMATION** | |
| Validation des missions par le responsable de formation : | Oui  Non  Date :  Signature : |

**TOUS LES CHAMPS DOIVENT ETRE COMPLETES, DANS LE CAS CONTRAIRE NI LE CONTRAT NI LA CONVENTION NE SERONT ETABLIS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTREPRISE/STRUCTURE** | |
| Raison sociale : | SIRET : |
| Adresse : |
| CP : | Code NAF : |
| Ville : | Effectif : |
| Tél : | Convention collective applicable :  Code IDCC (code convention collective): |
| Mail : | OPCO :  Subrogation demandée à l’OPCO ?  O  N |
| Caisse de retraite complémentaire : | |
| Particulier employeur :  Oui  Non  Si oui N° URSSAF du particulier employeur | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTACTS** | |
| **TUTEUR ENTREPRISE** | |
| **Tuteur au sein de l’établissement employeur** | **Tuteur de l’entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEIQ** |
| Nom MA : | Nom MA : |
| Prénom MA : | Prénom MA : |
| Date naissance MA : | Date naissance MA : |
| Mail MA : | Mail MA : |
| N° NIR MA : | N° NIR MA : |
| Emploi occupé : | Emploi occupé : |
| **CONTACT ADMINISTRATIF DU CONTRAT** | |
| Civilité Nom Prénom : | |
| Mail :       Tél : | |
| Qualité : | |
| **CONTACT FACTURATION POUR RESTE A CHARGE EVENTUEL** | |
| Civilité Nom Prénom : | |
| Mail :       Tél : | |
| Qualité : | |

**TOUS LES CHAMPS DOIVENT ETRE COMPLETES, DANS LE CAS CONTRAIRE NI LE CONTRAT NI LA CONVENTION NE SERONT ETABLIS.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRAT** | | |
| Date de début d’exécution du contrat : | Date de fin du CDD ou de l’action de professionnalisation si CDI :  *\*Au plus tôt date de fin de formation :* | |
| Nature du contrat :  CDI  CDD  Travail temporaire | | |
| Emploi occupé pendant le contrat : | | |
| Classification de l’emploi dans la convention collective : | | Niveau :  Coeff hierarchique : |
| Durée de la période d’essai :       jours | | |
| Durée hebdomadaire :  Date de signature du contrat envisagée : | | Salaire brut mensuel à l’embauche :       € |

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*INFORMATION SUR LE SALAIRE\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

Base SMIC pour 35 h/semaine au 1er janvier 2024 : 1 766,92 € mensuel

Une image contenant texte, capture d’écran, Police, nombre

Description générée automatiquement