

DIF ELUS

Demande de financement d'une formation

Veillez remplir **tous** les champs impérativement. Toute demande incomplète sera retournée à son émetteur.

Vos coordonnées

Nom d'usage & Prénom : _____

Nom de naissance (si différent d'usage) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Votre collectivité

Libellé de la collectivité : _____

Adresse collectivité : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Votre mandat

Type de mandat Communal/Intercommunal Départemental Régional

Nature du mandat : Maire Adjoint au Maire Conseiller

Président Vice-président

Date de début de mandat : ____/____/____ Date de fin de mandat (le cas échéant) : ____/____/____
(= date de l'élection et non de la prise de fonction en qualité de)

Votre projet de formation

Cadre de la formation Exercice du mandat Reconversion professionnelle (code CPF à préciser : _____)

Intitulé de la formation : _____

Dates de formation

Durée totale de la formation en heures

Heures DIF mobilisées :

Lieu de formation :

Code postal : _____

Type de formation : Présentielle A distance Mixte

Frais pédagogique€ T.T.C

L'ORGANISME DE FORMATION

Raison sociale : ALINEA INSTITUT

Adresse : 525 rue du Content

CP : 69270

Ville : FONTAINES-SAINT-MARTIN

SIRET : 421 157 991 00033

Téléphone : 09 74 76 01 96

Courriel : dif@alineainstitut.com

Nom interlocuteur organisme de formation : Jérôme de MOURGUES

Courriel interlocuteur : jdm@alineainstitut.com

Sous-traitance :

Une déclaration de sous-traitance doit être impérativement sollicitée auprès de l'organisme de formation. Elle est également en ligne sur le site du DIF ELUS.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Mme, M., (Nom - Prénom)

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations données ;
- Donne son accord pour mobiliser ses heures de **droit individuel à la formation (DIF Elus)**, dans la limite de la durée totale de la formation, pour financer la présente formation.

A

Le

Signature de l' élu

A savoir

Le paiement des frais pédagogiques s'effectue par la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) directement à l'organisme de formation. Si le financement couvert par la CDC ne couvre pas la totalité des frais pédagogiques, le montant restant à charge sera réglé directement par l' élu à l'organisme de formation.

PIÈCES À JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA PRESENTE DEMANDE

- Déclaration de sous-traitance + contrat de sous-traitance le cas échéant (à obtenir de l'organisme de formation)
- Copie d'une pièce d'identité
- Un devis de l'organisme, au nom de l' élu et les dates de formation ou calendrier de formation
- Le programme détaillé de la formation qui sera dispensée (organisation de la formation et contenu pédagogique)

PIÈCE À JOINDRE IMPERATIVEMENT A L'ISSUE DE LA FORMATION

- Attestation de suivi de formation (mentionnant le nombre d'heure)
- Formulaire de demande de remboursement et justificatifs de frais
- Le relevé d'identité bancaire de l' élu, le cas échéant.

Conformément à la loi « Informatiques et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, et de rectification aux informations qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du délégué à la protection des données personnelles de la Caisse des dépôts et consignations situé 56 rue de Lille, 75007 Paris. Les demandes peuvent également être adressées par courrier électronique à l'adresse suivante : CIL@caissedesdepots.fr

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal, L. 725-13 du Code rural).

Caisse des dépôts et consignations - Direction des retraites et de la solidarité - DIF Elus - 24 rue Louis Gain - 49939 Angers Cedex 09 - Tél. 09.70.80.90.84

DIF ELUS

Déclaration de sous-traitance

(à remplir impérativement par l'organisme de formation)

Nom de l'organisme : ALINEA INSTITUT Nom de l' élu (e) :

Intitulé de la formation :

Dates de la formation :

Faites-vous appel à un ou plusieurs sous-traitants pour la réalisation de la formation ? Oui Non

Ne cochez Oui que s'il s'agit d'une société ou d'une association. Si vous faites intervenir des personnes physiques, auto entrepreneurs, professions libérales ou autres, cochez Non. Si vous cochez Oui, veuillez remplir autant de fiches que nécessaire.

Identification du sous-traitant

- Nom commercial dénomination sociale du sous-traitant, adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement) :

.....
.....
.....

Adresse électronique : Numéro de téléphone : - - - -

Numéro de SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Forme juridique du sous-traitant (entreprise individuelle, SA, SARL, EURL, association, établissement public, etc...) :

.....

- Nature des prestations sous-traitées :

.....
.....

Pièce à joindre : le contrat de sous-traitance relatif à cette déclaration.

Fais-le


ALINEA INSTITUT SARL au capital de 100000 €
525, rue du Corrent - 69270 FONTAINES SAINT MARTIN
TEL 0 472 84 2222 ~ FAX 0 476 476 290
RCS LYON B 421 157 991 ~ 503C - EU FFD0421157991
(à remplir et cachet de l'organisme de formation)