

Période de reconversion interne ☐ **Période de reconversion externe** ☐

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :	Type d'employeur :
N° : Voie :	Code activité de l'entreprise (APE) :
Nature de la voie :	Effectif total salariés de l'entreprise :
Complément :	Code IDCC de la convention collective applicable :
Code postal :	Téléphone :
Commune :	Courriel :

LE SALARIÉ

Nom(s) et prénom(s) :	
Nom d'usage :	
Le premier prénom du salarié selon l'état civil :	
NIR du salarié :	Date de naissance : / /
Adresse du salarié :	Sexe : ☐ M ☐ F
N° : Voie :	Département de naissance :
Nature de la voie :	Commune de naissance :
Complément :	Nationalité : Régime social :
Code postal :	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur
Commune :	handicapé (RQTH) : ☐ Oui ☐ Non
Téléphone :	Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH**:
Courriel :	Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non
	Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

**** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH**

Dernier emploi occupé :	Ancienneté sur le dernier emploi occupé :
	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

LA PÉRIODE DE RECONVERSION

Date de début d'exécution de la période de reconversion :	
Date de fin d'exécution de la période de reconversion :	
En cas de reconversion externe, type de contrat :	CDD ☐ CDI ☐
Si période d'essai en cas de reconversion externe, durée :	
En cas de reconversion externe, modalités de suspension du contrat initial :	
En cas de reconversion externe, modalités d'un éventuel retour anticipé du salarié en cas de rupture de la période d'essai dans l'entreprise d'accueil :	
En cas de reconversion interne, modalités d'organisation :	
Emploi visé à l'issue de la période de reconversion :	

LA FORMATION

Type de qualification visée à l'issue de la formation	Dénomination de l'organisme de formation responsable :
Intitulé précis :	N°SIRET de l'organisme de formation responsable :
Code RNCP ou RS de la qualification visée :	

Le cas échéant, code du/ des blocs de compétences visé/s : []	Lieu principal de réalisation de la formation : []
Le cas échéant, spécialité de formation : []	Adresse : N° : [] Voie : [] Nature de la voie : [] Complément : [] Code postal : [] Commune : [] La période de reconversion comporte-elle des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience (VAE)? : ☐ Oui ☐ Non La période de reconversion comporte-t-elle des actions de formation en entreprise ? : ☐ Oui ☐ Non Durée de la formation en entreprise : [] Durée totale de la formation : []
Date de début du cycle de formation : []	
Date de fin du cycle de formation : []	
Durée de la formation : []	
Accord du salarié pour mobiliser les droits CPF : ☐ Oui ☐ Non	
☐ L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt de la période de reconversion	
Fait à : []	Signature de l'employeur : []
Signé le : []	Signature du salarié : []
CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO	
Nom de l'OPCO : []	N° SIRET de l'OPCO : []
Date de réception du dossier complet : []	Date de la décision : []
Numéro : []	
Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice N°52422#01	