PARTENAIRE D'AVENIR
TRANSITIONS PRO Île-de-France

afaq ISO 9001 Qualité AFNOR CERTIFICATION

PTP PROJET DE TRANSITION PROFESSIONNELLE

VOLET EMPLOYEUR

Ce document est à remplir uniquement si vous avez une autorisation d'absence. Sont concernées toutes les personnes titulaires d'un contrat de travail au cours de leur formation.

IMPORTANT : veillez à remplir ce dossier avec précision et apposer votre signature au dos du volet.
Toute omission en retarderait l'examen.

RÉSERVÉ À TRANSITIONS PRO IDF

N° de dossier

.....

Date de Commission

.....

PTP CDI ☐ STT ☐
PTP CDD ☐ HTT ☐

Pièces à joindre obligatoirement

- Votre RIB (Article D6323-11-2) ☐
- Un justificatif de cofinancement si l'OPCO participe au financement de ce dossier. ☐

SALARIÉ

Nom d'usage* .....

Prénom* .....

* champs obligatoires

ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT DU SALARIÉ

Raison sociale .....

Adresse .....

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

SPECIMEN

Personne à contacter .....

Téléphone (ligne directe) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail (obligatoire) .....

Siret |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| NAF |_|_|_|_|_|

Convention collective n° ..... Libellé .....

De quel OPCO dépendez-vous ? .....

Effectif de l'entreprise au 31/12 de l'année N-1 (effectif du siège et des établissements secondaires d'un même SIRET) :

CDI H ..... F ..... **CDD** H ..... F ..... **Total** .....

ADRESSE DE RÈGLEMENT (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)

Raison sociale .....

Adresse .....

.....

Code postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Personne à contacter .....

Téléphone (ligne directe) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail (obligatoire) .....

RÉMUNÉRATION DU STAGIAIRE

En cas d'acceptation d'une prise en charge par Transitions Pro Île-de-France, l'employeur s'engage à faire l'avance du salaire.
Un courrier de notification de prise en charge financière sera établi et précisera les éléments de la rémunération que Transitions Pro remboursera à l'employeur. Il devra présenter chaque mois, obligatoirement, le bulletin de salaire et l'attestation de présence ou d'assiduité en formation (transmise par l'organisme de formation).

En cas de période d'application en entreprise, se déroulera-t-elle dans l'entreprise, établissement secondaire ou filiale Oui ☐ Non ☐

Attention : si la période d'application en entreprise, se déroule au sein de l'entreprise (même SIREN), il n'y aura pas de prise en charge des salaires et frais annexes.

ÉLÉMENTS DU CONTRAT DE TRAVAIL

Date d'entrée dans l'entreprise ...../...../.....

Nature du contrat de travail
- Contrat à Durée Indéterminée ☐
- Contrat à Durée Déterminée ☐ Date de fin de contrat ...../...../.....
- Interimaire ☐ Date de fin de contrat ...../...../.....

Type de contrat (Avenir, CUI-CAE...) .....

Emploi occupé dans l'entreprise .....

Niveau de qualification
- Ouvrier non qualifié ☐
- Ouvrier qualifié ☐
- Employé ☐
- Agent de maîtrise ou Technicien ☐
- Ingénieur ou cadre ☐

CAS PARTICULIERS DE SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL

Congé parental ☐ Congé maladie ☐ Congé sabbatique (ou sans solde) ☐ Autre ☐ (précisez).....

Date de début ...../...../..... Date de fin ...../...../.....

Temps partiel à ..... %

À noter: Un contrat de travail ne peut être suspendu simultanément pour 2 causes différentes.
La première suspension doit prendre fin au début de la formation.

RYTHME DE TRAVAIL HABITUEL HEBDOMADAIRE DU SALARIÉ

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin	de	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
	à	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
Après-midi	de	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
	à	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h
Total heures / jour		..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h	..... h

Pendant les périodes d'interruption de la formation, de vacances ou de fermeture de l'organisme de formation, ou formation à temps partiel ou discontinue, il est convenu avec le salarié qu'il :

- ☐ réintègre l'entreprise
- ☐ utilise ses droits à congés payés
- ☐ se trouve en absence non rémunérée

Attention : Ni salaire, ni frais annexes ne seront pris en charge pendant les périodes de fermeture de l'organisme de formation.

Les informations recueillies font l'objet de traitements informatiques destinés à la gestion interne des données et à la réalisation d'enquêtes et de statistiques par Transitions Pro Île-de-France et, éventuellement, un prestataire extérieur. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 20 juin 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant ou vous opposer au traitement de vos données, veuillez adresser un courrier à l'intention de «DPO IDF» à l'adresse de Transitions Pro Île-de-France ou par voie électronique à **dpo@transitionspro-idf.fr.**

ÉLÉMENTS DE SALAIRE

Indiquer les éléments de rémunération maitenus durant la période du PTP

SALAIRE DE BASE BRUT MENSUEL + PRIME MENSUELLE (éventuelle) OU MOYENNE DES 12 DERNIERS MOIS (si le salaire est variable)

Salaire de base brut mensuel ..... €

Ancienneté ..... €

Intitulé de la prime mensuelle (indiquer uniquement les primes qui font partie intégrante du salaire et soumises à cotisations).	Montant
.....	..... €
.....	..... €
.....	..... €
.....	..... €
.....	..... €
.....	..... €
Total mensuel	€

HORAIRES DE TRAVAIL DU SALARIÉ

Horaire contractuel mensuel ..... h (indiquer les heures et les centièmes d'heures)

☐ Temps plein ☐ Temps partiel à ..... % ☐ Horaire variable / roulement / équipe ☐ Horaire fixe

Moyenne mensuelle des heures supplémentaires sur les 12 derniers mois ..... h et montant ..... €

ÉLÉMENTS VARIABLES NON MENSUELS (annuels, trimestriels, semestriels, occasionnels ou heures)

Intitulé	Mois de versement												Période de référence	Montant
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
.....													.....	..... €
.....													.....	..... €
.....													.....	..... €
.....													.....	..... €
.....													.....	..... €

TAUX DE CHARGES SOCIALES PATRONALES

Taux de charges sociales patronales = taux moyen basé sur les 12 derniers bulletins de salaire. Ne pas inscrire les indemnités compensatrices de congés payés. Ces dernières vous seront forfaitairement remboursées sur la base de 10 % du salaire de base brut mensuel et de la prime d'ancienneté. Si toutes les charges patronales n'apparaissent pas sur les bulletins de salaire, nous vous remercions de nous joindre un tableau récapitulatif de l'ensemble des charges patronales. Par défaut, les charges indiquées sur les bulletins de salaire serviront de seule référence. Nous ne réglons que les charges déclarées et vérifiables.

Cas particulier pour les entreprises du bâtiment : les congés payés sont à exclure. Si vous cotisez à la caisse des congés payés du BTP, le taux de prise en charge des congés payés sera de 10 %.

Taux de charge sociales patronales ..... %

Montant du Pass Navigo : ..... € **- Important : le Pass Navigo sera remboursé dans la limite de 50 % du montant.**

Tout élément de salaire, tout intitulé et tout autre changement non déclarés sur le présent document ne pourront donner lieu à un remboursement après acceptation de la prise en charge du Projet de Transition Professionnelle.

FINANCEMENT ENTREPRISE

Avez-vous prévu de participer au financement de ce dossier et/ou de faire participer votre OPCO ? Non ☐ Oui ☐

Sur quel(s) poste(s) ?	Salaires	Coût de formation
Entreprise	..... heures	..... €
OPCO (En cas de participation de l'OPCO, joindre un justificatif)	..... heures	..... €

AUTORISATION D'ABSENCE

Je soussigné(e) (nom/prénom) ..... ,

en qualité de ..... ,

autorise (nom du salarié) ..... à s'absenter de l'entreprise pour une durée de ..... h afin de suivre la formation suivante :

Intitulé de la formation .....

Durée de la formation du ...../...../..... au ...../...../.....

Organisme de formation .....

LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....

en qualité de .....

- **m'engage à maintenir durant la période de prise en charge du PTP, le salaire, les éléments variables de rémunération mensuels et non mensuels précités,**
- **certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier,**
- **certifie avoir pris connaissance de l'intégralité des Conditions Générales d'Intervention et des priorités consultables sur le site internet de Transitions Pro Île-de-France.**

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE VOTRE RIB

Date ...../...../..... Cachet et Signature

LE SALARIÉ

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....

en qualité de demandeur de financement d'un Projet de Transition Professionnelle,

- **certifie avoir pris connaissance des éléments figurant sur le volet « Employeur »,**
- **certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier.**

Date ...../...../..... Signature