

C	O								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Demande de remboursement **contrat de professionnalisation**

À retourner à Actalians - Service Remboursement - 4, rue du Colonel Driant - 75046 PARIS cedex 01

Intitulé de la formation : _____

Nom, Prénom du salarié : _____

JE DEMANDE POUR LA PÉRIODE DU ___/___/___ **AU** ___/___/___

Le remboursement de _____ heures de formation suivies par le salarié

Il s'agit : d'un acompte d'un règlement total du solde

Le versement d'un acompte de l'aide à l'exercice de la fonction tutorale *

** Uniquement pour les établissements de l'hospitalisation privée dont l'accord de branche prévoit le versement d'un acompte à compter du 6^e mois de contrat.*

Le versement de l'aide à l'exercice de la fonction tutorale à l'issue du contrat.

Important !

► **Joindre** à votre demande de remboursement les documents suivants :
- facture et attestation de présence

► **Compléter le bilan final en fin de contrat**, lorsque votre demande concerne le règlement du solde de vos frais de formation ou de votre règlement total.

Si cette demande ne concerne qu'une partie des frais de formation liés au contrat, pour vos prochaines demandes merci de télécharger ce formulaire sur www.actalians.fr :
« Documents utiles » « Obtenir un financement »

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), _____ agissant en ma qualité de représentant(e) de l'établissement :

- atteste l'exactitude des informations mentionnées dans la présente demande ;
- atteste que le bénéficiaire du contrat de professionnalisation était bien salarié de mon établissement pendant la période mentionnée sur la présente demande.

Fait à : _____

Le : ___/___/___

Signature de l'employeur :

Cachet de l'établissement