

AVIS DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Concerne _____ :
 N° de dossier _____ :
 Organisme de formation _____ :
 Intitulé _____ :
 Durée en heures _____ :
 Durée prévisionnelle prise en charge par le _____ :

A l'attention de :

Date fin : _____
 Rythme : _____
 C = Continu - Durée exprimée en jours calendaires
 P = Partiel - Durée exprimée en heures

Messieurs,

Nous vous informons que la Commission paritaire d'instruction _____ a décidé la prise en charge
 à _____ 90.00 % de la rémunération que l'intéressé ci-dessus aurait perçue s'il était resté à son poste de travail.
 S'il est différent de 80, 90 ou 100 %, ce taux est à remplacer par la valeur de deux SMIC.

ÉLÉMENTS DE LA RÉMUNÉRATION DÉCLARÉE LORS DE L'AUTORISATION D'ABSENCE	ACTUALISATION ÉVENTUELLE DES ÉLÉMENTS DE LA RÉMUNÉRATION DÉCLARÉS SUR L'AUTORISATION D'ABSENCE		
Salaire brut mensuel de base incluant l'ancienneté*	Salaire brut mensuel de base incluant l'ancienneté* 		
Valeur annuelle des primes périodiques	Primes trimestrielles, semestrielles ou annuelles ayant un caractère de salaire		
	Nature et base du calcul	Périodicité	Montants annuels
<small>* Les sommes versées ayant un caractère occasionnel ne sont pas prises en compte</small>		TOTAL	

Le taux forfaitaire de remboursement des charges sociales sera de _____ 42.90 % (voir annexe ci-jointe).

Vous trouverez au verso les indications concernant les modalités de remboursement et les pièces à joindre.

Nous vous remercions de nous retourner le double de la présente prise en charge revêtu de votre signature pour accord et vous prions de croire à notre entier dévouement.

* Attention : 3 mois après la fin du stage,

no prendra plus en considération toute demande de remboursement de rémunération.