ACCÈS INDIVIDUEL À LA FORMATION EN PÉRIODE DE CHÔMAGE PARTIEL

Demande en remboursement des frais de formation

Date:

I. Données relatives au salarié :

Nom du salarié :	
Adresse :	Rue :
	Code postal : Ville :
N° de matricule :	
N° de compte IBAN :	

II. Données relatives à l'entreprise :

Nom de l'entreprise :	
Adresse :	Rue :
	Code postal : Ville :

III. Données relatives à la formation :

Institut de formation :	
Nature de la formation :	
Durée de la formation :	heures/mois
Horaire de la formation :	
Coût de la formation :	

IV. Avis du Comité de Conjoncture :

- ***En cas d'acceptation, la charge revient à l'Etat***
- ***En cas de refus, la charge revient au participant***
- ***Les frais pour les formations offertes par les Chambre professionnelles sont remboursables d'office***

Favorable :	
Défavorable :	
Pas nécessaire :	