

Cadre réservé à OETH

N° établissement :

N° de dossier :

N° Association :

Date de passage en CPA :

REFERENT HANDICAP

Identification de l'établissement

Association gestionnaire :

Numéro d'identification OETH :

Etablissement employeur du salarié concerné par la demande :

Adresse :

Code postal : Ville :

N° SIRET : Code APE :

Effectif en ETP :

Personne à contacter : M. Mme

Nom : Prénom :

Fonction : Courriel :

Tél :

Salarié(e) désigné(e) REFERENT HANDICAP

M. Mme

Nom : Prénom :

Courriel : Tél :

Fonction :

Type de contrat :

Nom et courriel du responsable :

INSCRIPTION A LA FORMATION

Formation du REFERENT HANDICAP

Lieu de session choisi :

Date de la session : le / /

Le nombre de place par session est limité. Si la session choisie est complète, OETH vous contactera pour vous proposer un autre lieu.

Rappel : pour bénéficier des aides proposées par OETH, votre établissement doit être à jour de sa DOETH (Déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés).

Les cosignataires, employeur et salarié certifient sur l'honneur l'authenticité des pièces justificatives et des informations communiquées dans le dossier. Ils attestent également que le **montant total sollicité** (1) dans cette demande d'intervention n'a pas déjà bénéficié d'un financement en tout ou partie par un organisme tiers.

L'intervention de l'association de gestion OETH est soumise :

- aux modalités et conditions particulières établies au présent acte,
- aux conditions générales communes aux dossiers de demande d'intervention que les signataires reconnaissent avoir lues et acceptées (téléchargeables sur le site www.oeth.org http://www.oeth.org/files/fichiers/CGV/Conditions_gnrales_communes_OETH.pdf).

J'atteste consulter les Instances Représentatives du Personnel sur cette demande d'intervention.

Date de consultation :

Instance consultée :

Décision : Favorable Défavorable

Quel justificatif faut-il joindre à votre demande ?

Un bulletin de salaire de moins de 3 mois

Je certifie avoir lu et accepte les conditions générales communes aux dossiers de demande d'intervention.

Fait à _____ le _____
Pour l'employeur
Nom et qualité du signataire
Signature et cachet de l'établissement

Pour le salarié
Nom et prénom
Signature et date

Dossier complet à retourner par courrier à :

ASSOCIATION OETH - 47 rue Eugène Oudiné - CS 21396 - 75214 PARIS CEDEX 13

Tél : 01 40 60 58 58

Seuls les dossiers complets, datés et signés seront examinés par le Comité Paritaire.