



Contrat de professionnalisation

(art. L. 6325-1 à L. 6325-24 du code du travail)



N°12434*03

(Lire ATTENTIVEMENT la notice du Cerfa avant de remplir ce document)

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : □□□□□ Voie : □□□□□□□□□□□□

Complément : □□□□□□□□□□□□□□

Code postal : □□□□□

Commune : □□□□□□□□□□□□□□□□

Téléphone : □□.□□.□□.□□.□□

Courriel : □□□□□□□□□□□□□□□□@□□□□□□□□

Caisse de retraite complémentaire :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Organisme de prévoyance le cas échéant :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Particulier-employeur : oui non

N° URSSAF du particulier-employeur :

□□□□□□□□□□□□□□□□

N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

□□□□□□□□□□□□□□□□

Code activité de l'entreprise (NAF) : □□□□□

Effectif total salariés de l'entreprise :

□□□□□□□□

Convention collective applicable :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Code IDCC de la convention : □□□□

LE SALARIÉ

Nom du salarié :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Prénom du salarié : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Adresse du salarié :

N° □□□ Voie : □□□□□□□□□□□□

Complément : □□□□□□□□□□□□□□

Code postal : □□□□□

Commune : □□□□□□□□□□□□□□□□

Téléphone : □□.□□.□□.□□.□□

Courriel : □□□□□□□□□□□□□□□□@□□□□□□□□

NIR du salarié* :

**Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre de l'article L.6353-10 du code du travail*

Date de naissance : □□/□□/□□□□

Sexe : M F

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : oui non

Inscrit à Pôle Emploi : oui non

Si oui, numéro d'inscription : □□□□□□□□

Durée : □□□ mois

Situation avant ce contrat : □□

Type de minimum social, si bénéficiaire :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : □□

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur

Nom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Prénom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Emploi occupé :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Date de naissance : □□/□□/□□□□

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEIQ

Nom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Prénom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Emploi occupé :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Date de naissance : □□/□□/□□□□

L'employeur atteste sur l'honneur que le tuteur répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT

Nature du contrat : CDI CDD travail temporaire

Type de contrat :

Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :

Classification de l'emploi dans la convention collective :

Niveau : Coefficient hiérarchique :

Durée de la période d'essai : jours

Date de début d'exécution du contrat :

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI :

Durée hebdomadaire du travail : heures minutes

Date de conclusion : (date de signature du contrat)

Salaire brut mensuel à l'embauche : , €
(ou salaire brut horaire pour un contrat de travail temporaire)

LA FORMATION

Dénomination de l'organisme de formation principal : MIDISUP

N° SIRET de l'organisme de formation principal : 49917930700024

N° de déclaration d'activité de cet organisme : 76310960131

Nombre d'organismes de formation intervenant : 1

S'agit-il d'un service de formation interne : oui non

L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié.

Type qualification visée : 01

Diplôme ou titre visé : 19

Code RNCP : 34752

Intitulé précis : INGÉNIEUR DIPLOMÉ DE L'INSA TOULOUSE, SPÉCIALITÉ MATHÉMATIQUES APPLIQUÉES

Spécialité de formation : 114

Organisation de la formation :

Durée totale des actions d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : 400 heures dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : 370 heures

Date de début du cycle de formation : 27/09/2021

Date prévue de fin des épreuves ou examens : 23/09/2022

En application de l'article L.6325-3 du code du travail, l'employeur s'engage à assurer au titulaire du contrat une formation lui permettant d'acquérir une qualification professionnelle et à lui fournir un emploi en relation avec cet objectif pendant la durée du contrat. Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.

Fait à :

Signature de l'employeur *Signature du salarié*

CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO :

N° Adhérent de l'employeur à l'OPCO s'il existe :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice.