MINISTÈRE
DU TRAVAIL
ET DES SOLIDARITÉS
Liberté
Égalité
Fraternité

Période de reconversion

(art. L6324- 1 et suivants du code du travail)

cerfa

Période de reconversion interne ☐ **Période de reconversion externe** ☐

N° 17613*01

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

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

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : Voie :

Nature de la voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Type d'employeur :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Téléphone :

Courriel :

LE SALARIE

Nom(s) et prénom(s) :

Nom d'usage :

Le premier prénom du salarié selon l'état civil :

NIR du salarié :

Adresse du salarié :

N° : Voie :

Nature de la voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Département de naissance :

Commune de naissance :

Nationalité : Régime social :

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé (RQTH) : ☐ Oui ☐ Non

Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH**:

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

**** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH**

Dernier emploi occupé :

Ancienneté sur le dernier emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

LA PÉRIODE DE RECONVERSION

Date de début d'exécution de la période de reconversion :

Date de fin d'exécution de la période de reconversion :

En cas de reconversion externe, type de contrat : CDD ☐ CDI ☐

Si période d'essai en cas de reconversion externe, durée :

En cas de reconversion externe, modalité de suspension du contrat initial :

En cas de reconversion externe, modalités d'un éventuel retour anticipé du salarié en cas de rupture de la période d'essai dans l'entreprise d'accueil :

En cas de reconversion interne, modalités d'organisation :

Emploi visé à l'issue de la période de reconversion :

LA FORMATION

Type de qualification visée à l'issue de la formation

Intitulé précis :

Code RNCP ou RS de la qualification visée :

Dénomination de l'organisme de formation responsable :

N°SIRET de l'organisme de formation responsable :

Le cas échéant, code du/ des blocs de compétences visé/s :

Le cas échéant, spécialité de formation :

Date de début du cycle de formation :

Date de fin du cycle de formation :

Durée de la formation :

Accord du salarié pour mobiliser les droits CPF : ☐ Oui ☐ Non

Lieu principal de réalisation de la formation :

Adresse :
N° : Voie :
Nature de la voie :
Complément :
Code postal :
Commune :

La période de reconversion comporte-elle des actions permettant de faire valider les acquis de l'expérience (VAE)? : ☐ Oui ☐ Non

La période de reconversion permet-elle d'acquérir un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les qualifications recherchées ? : ☐ Oui ☐ Non

☐ ***L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt de la période de reconversion***

Fait à : ***Signature de l'employeur :*** ***Signature du salarié :***

Signé le :

CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO :
Date de réception du dossier complet :
Numéro :

N° SIRET de l'OPCO :
Date de la décision :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice N°52422#01