

Raison Sociale Entreprise : N° Siret :

Je, soussigné(e), (Nom du signataire), (Fonction),

FICHE TUTEUR

Atteste que M. / Mme / Mlle (Nom et prénom du tuteur)

[n° de sécurité sociale du tuteur :]

1. Exerce la fonction de tuteur auprès de M. / Mme / Mlle (Nom et prénom du salarié formé)

[n° de sécurité sociale du salarié :]

au cours de sa formation (Intitulé de la formation),

se déroulant du (date de début) au (date de fin)

dans le cadre d'un contrat de professionnalisation / d'une période de professionnalisation. (rayer la mention inutile)

2. Respecte l'ensemble des conditions mentionnées ci-dessous :

- Etre volontaire,
- Justifier d'une expérience professionnelle d'au moins deux ans,
- Avoir une qualification en rapport avec l'objectif de professionnalisation visé,
- Suivre l'activité de 3 salariés au plus : contrat de professionnalisation, période de professionnalisation et apprentissage confondus.
- Dans les petites entreprises, l'employeur peut être tuteur à condition de respecter les conditions de qualification et d'expérience. Il ne peut exercer cette mission qu'à l'égard de 2 salariés au plus.

EXERCICE DE LA FONCTION TUTORALE

L'**Exercice de la Fonction Tutorale** est un financement destiné à indemniser le temps passé par le tuteur du salarié formé dans le cadre d'un contrat ou d'une période de professionnalisation. Ce financement est de 230 Euros par mois sur une durée de 6 mois au plus, soit un financement de 1 380 Euros HT maximum.

Il est réglé à l'entreprise par OPCALIA à l'issue de la période de 6 mois au vu de la facture et de l'attestation de tutorat effectués émises par l'entreprise.

Si vous souhaitez bénéficier de la prise en charge de l'Exercice de la Fonction Tutorale, merci de le préciser ci-dessous :

- Je demande à OPCALIA la prise en charge de l'exercice de la Fonction Tutorale pour le tuteur et dans le cadre du contrat ou de la période de professionnalisation mentionné(e) ci-dessus.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je certifie que le contrat ou la période de professionnalisation mentionné(e) ci-dessus ne bénéficie pas d'un financement d'un autre organisme.

DELEGATION DE PAIEMENT

- Je demande à OPCALIA de régler directement à l'organisme de formation (Raison sociale de l'organisme) les factures relatives à la formation mentionnée ci-dessus.

Fait à le

Signature du Responsable <i>Prénom et nom du Responsable</i> <i>Fonction dans l'entreprise</i>	Cachet de l'entreprise
--	------------------------