

4 - Liste des salariés concernés

! Les informations demandées ci-dessous sont obligatoires pour répondre aux exigences de nos instances institutionnelles et décisionnaires (Ministères, DGEFP...). Elles peuvent par ailleurs nous permettre d'obtenir d'éventuelles subventions de nos partenaires financiers (FSE...). Enfin, dans le cadre de notre engagement qualité, ces informations sont indispensables pour adresser nos questionnaires d'évaluation aux stagiaires à l'issue de la formation.

Cette liste peut être complétée sur une feuille séparée (Pour remplir ce tableau, utilisez impérativement les codes situés en bas de page)

| Identité du salarié | | | | |
|--|--------------------------|--|---|-------------|
| NOM du salarié (en lettres capitales) | | Nom de naissance | | |
| Prénom | N° de sécurité sociale | Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | |
| Adresse salarié | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | | |
| Code postal | Ville | Type de contrat <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Travailleur handicapé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | |
| E-mail | | Téléphone salarié | Si CDD, date de début | Date de fin |
| Emploi occupé | Catégorie ^(A) | Dernier diplôme ^(B) | S'il s'agit d'un contrat aidé, précisez lequel ^(C) | |
| Dispositif choisi | | | | |
| Plan de développement des compétences, durée totale (en heures) | | dont hors temps de travail | | |
| Défraiements : repas et hébergement (dans la limite des barèmes Afdas) | | Transport (montant estimé) | | |

| Identité du salarié | | | | |
|---|--------------------------|--|---|-------------|
| NOM du salarié (en lettres capitales) | | Nom de naissance | | |
| Prénom | N° de sécurité sociale | Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F | | |
| Adresse salarié | | Date de naissance (JJ/MM/AAAA) | | |
| Code postal | Ville | Type de contrat <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> Travailleur handicapé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | |
| E-mail | | Téléphone salarié | Si CDD, date de début | Date de fin |
| Emploi occupé | Catégorie ^(A) | Dernier diplôme ^(B) | S'il s'agit d'un contrat aidé, précisez lequel ^(C) | |
| Dispositif choisi | | | | |
| Plan de développement des compétences, durée totale (en heures) | | dont hors temps de travail | | |

| | | |
|----------|--|--|
| A | Catégories socio-professionnelles | 1-Ouvrier 2-Ouvrier qualifié 3-Employé 4-Technicien, Agent de maîtrise 5-Cadreur 6-Artiste 7-Journaliste 8-TAD 9-Journaliste pigiste 10- Entraîneur, sportif professionnel |
| B | Dernier diplôme | I : Master 2 / Ingénieur II : Licence / Master 1 III : BTS / DUT / DEUG IV : Bac / Bac prof. / BT, BP V : BEP / CAP VI : Aucun diplôme VII : sans équivalence |
| C | Contrats aidés (joindre le CERFA) | CUI : contrat unique d'insertion Emplois francs |

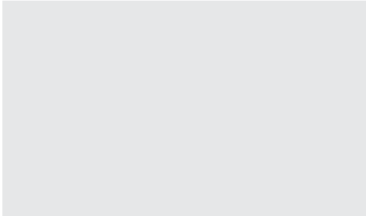
5 - Certification

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche, avoir pris connaissance des conditions générales de l'Afdas (www.afdas.com/conditions-generales-de-lafdas) et je joins à ma demande les justificatifs demandés.

Fait à _____ Nom et qualité du signataire _____

Le _____ _____

Signature et cachet



Les informations collectées par l'Afdas directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité de contacts pour gérer les contributions, les dossiers de formations et l'envoi de newsletters. Il est fondé sur la mise en œuvre d'un engagement contractuel dont vous êtes partie. Ces informations sont à destination exclusive des services habilités de l'Afdas et de ses prestataires participant à la bonne exécution du traitement. Les données seront conservées pendant cinq (5) ans après la fin de la relation contractuelle. Les données comptables seront archivées dix (10) ans afin de répondre aux obligations légales de l'Afdas.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel (RGPD), vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, veuillez adresser votre demande à dpo@afdas.com. Une copie de votre pièce d'identité pourra vous être demandée. En cas de non-respect de ces obligations, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.