



Attestation employeur de demande de prise en charge au titre du PIC IAE

En application de l'article 2 de son avenant n°1, l'accord cadre pour la formation des salariés de l'insertion par l'activité économique exclut de son champ les formations relevant exclusivement des obligations de l'employeur. Aux termes des articles L. 4141-4, R. 4141-3, R. 4141-11, R. 4141-13 et R. 4141-17 du code du travail, sont ici visées les actions de formation à la sécurité portant sur :

- Les conditions de circulation dans l'entreprise ;
- Les conditions d'exécution du travail ;
- La conduite à tenir en cas d'accident ou de sinistre.

Il en va de même des actions de sensibilisation ou des actions d'information qui se distinguent des actions de formation entendues au sens de l'article L.6313-2 du code du travail qui en donne la définition suivante : « parcours pédagogique permettant d'atteindre un objectif professionnel ». Dès lors, des actions de sensibilisation ou des actions d'information, qui ne s'inscrivent pas dans un tel parcours, ne peuvent prétendre à un financement par le PIC IAE

Ces actions de formation, lorsqu'elles permettent l'acquisition de compétences transférables utiles au projet professionnel du/de la salarié(e), peuvent néanmoins faire l'objet d'une prise en charge au titre du PIC IAE.

La présente attestation vous permet, en tant que structure employeuse, d'attester du respect de ces critères pour les formations pouvant s'apparenter à des actions de sensibilisation ou des actions d'information ainsi que pour les actions de formation à la sécurité relevant des articles L4141-4 et suivants du code du travail qui ne sont pas ou plus inscrites au RNS ou RNCP (<https://www.francecompetences.fr/recherche-resultats>).

Structure demandeuse

Dénomination sociale :

Adresse du siège social :

.....

N° SIRET :N° d'adhérent OPCO :

Salarié(e) concerné(e)

Prénom NOM :

Date d'entrée dans la structure :

Intitulé du projet professionnel :

Formation concernée

Intitulé de la formation :

Formation interne :

- ☐ Oui
☐ Non

Formation qualifiante/certifiante :

- ☐ Oui
☐ Non



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL
ET DES SOLIDARITÉS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Logo OPCO

Projet professionnel

.....

.....

Informations complémentaires éventuelles

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) (Prénom et NOM),
en ma qualité de

- ☐ atteste que la demande de prise en charge concerne une formation permettant l'**acquisition de compétences transférables utiles au projet professionnel** du/de la salarié(e)
- ☐ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués*.

Fait à : le :

Signature & cachet de l'entreprise