

ETAT DES SALARIES FORMES

Formulaire n°:

Employeur :

Date de dépôt du dossier :

Catégorie :

Thème de formation :

Dates de réalisation de la formation (préciser les jours réels de la formation) :

Durée de la formation (en jours) :

Opérateur de formation :

Lieu de la formation :

Nombre de bénéficiaires :

Coût réel de la formation :

| NOM & PRENOM | CIN | IDENTIFIANT CNSS | SEXE | DATE D'EMBAUCHE | EMPLOI OCCUPE | EMARGEMENT |
|--------------|-----|------------------|------|-----------------|---------------|------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| Cachet et signature de l'employeur | Cachet et signature de l'opérateur de formation | Accord du GIAC Pêches Maritimes |
| Date : | Date : | Date : |