



## demande d'acceptation du personnel d'encadrement

**F-OPS-205**

Amdt : 00

### A. Employeur

1. Nom de l'employeur :

2. N° Agrément

3. Adresse postale :

4. N°PEA

5. Tél. :

6. Courriel :

### B. Responsable désigné

1. Prénom (s) et nom

2. Nationalité

3. Date de naissance

4. Lieu de naissance

5. Fonction(s) habituellement occupée(s) au sein de de l'organisme :

6. Date de prise de fonction

7. Fonction pour laquelle l'acceptation est sollicitée

8. Nature du contrat (vous pouvez cocher plus d'une case)

- Contrat à durée indéterminée
- Contrat à durée déterminée, préciser la date de fin du contrat \_\_\_\_\_.
- Contrat de prestation, préciser la durée de la prestation \_\_\_\_\_.
- Contrat à plein temps
- Contrat à temps partiel, préciser le temps de travail \_\_\_\_\_.

9. Avez-vous un contrat en cours de validité avec une autre structure (compagnie, AMO, OFA) ?

- Oui, préciser le(s) nom(s) de cette structure \_\_\_\_\_.
- Non

10. Etes-vous responsable désigné dans une autre structure (compagnie, AMO, OFA, etc.) ?

- Oui, préciser le nom de cette structure \_\_\_\_\_.
- Non

C. Qualifications relative à la fonction

*(ce formulaire doit être accompagné du Curriculum vitae et les copies des pièces justificatives des formations)*

D. Expérience (s) professionnelle (s) relative (s) à la fonction.

Date

Signature de l'intéressé

Date

Dirigeant Responsable

(signature)  
Prénom et Nom