

FICHE DE LIAISON MENSUELLE DIF

Les paiements s'effectuent après réception de :

- l'original de ce document
- l'ensemble des pièces demandées

Mois de :

Année :

Nombre d'heures à remplir obligatoirement par :
LE CENTRE DE FORMATION

Date	Heures de présence en cours
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
TOTAL	

N° Dossier : CDD CDI
 Nom :
 Prénom :
 Intitulé de formation :
 Formation : du au

Le CENTRE de FORMATION

Centre assujetti à la TVA : OUI NON
 N° ind. d'identification TVA :
 Cochez la case correspondante :

Mandat de facturation (voir notice)

Facturation unique en fin de DIF (vous référer à l'avis de prise en charge : Nbre d'heures X 25 HT et joindre la facture globale à la dernière fiche de liaison mensuelle originale.)

L'EMPLOYEUR

Entreprise de moins de 20 salariés

DIF CDI EFFECTUE HORS TEMPS DE TRAVAIL

Joindre :

- Bulletin de salaire faisant apparaître l'allocation versée à votre salarié
- Remboursement correspondant à la partie du coût pédagogique de la formation soit 156 h x 9.15 € TTC/H

DIF CDD EFFECTUE HORS TEMPS DE TRAVAIL

Joindre :

- Bulletin de salaire faisant apparaître l'allocation versée à votre salarié

DIF CDI EFFECTUE PENDANT LE TEMPS DE TRAVAIL

Joindre :

- Remboursement correspondant à la partie du coût pédagogique de la formation soit 156 h x 9.15 € TTC/H

Les soussignés certifient l'exactitude des mentions portées ci-dessus :

Le représentant du CENTRE de FORMATION	Le STAGIAIRE	Le représentant de l'EMPLOYEUR
Date :	Date :	Date :
Nom, cachet, signature :	Signature :	Nom, cachet, signature :

