



**Attestation à joindre pour demander le remboursement  
des dépenses de fonctionnement inhérentes aux actions concourant au  
développement de la Formation Professionnelle Continue  
du secteur d'activité sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif**

Adhérent, numéro d'établissement .....

Je soussigné(e) Mme / M.....

Agissant en qualité de.....

Certifie que les dépenses de fonctionnement inhérentes aux actions concourant au développement de la formation professionnelle continue<sup>1</sup> au sein de ma structure pour l'exercice..... s'élève à..... € et en demande le remboursement sur mon CIFA<sup>2</sup>.

Ce montant comprend à :

- Des frais de structure liés au développement de la formation (location, quote-part de frais de fonctionnement de locaux liés à la formation, ...)
- Des salaires et charges des personnes en charge du développement et de la gestion de la formation au sein de la structure
- Des prestations en lien avec le développement de la formation professionnelle
- D'autres types de dépenses  
Précisez lesquelles : .....

Je m'engage par ailleurs : à conserver pendant 6 ans et à fournir à Unifaf sur simple demande toute pièce justificative<sup>3</sup>, dans le respect des conditions générales en vigueur.

Pour faire valoir ce que de droit,

Nom et Qualité du signataire  
Cachet de l'établissement adhérent

<sup>1</sup> Ce coût peut comprendre notamment les dépenses liées à l'information et à la gestion de la formation, tels que les coûts de structure et de personnels mobilisés par les entreprises.

<sup>2</sup> CIFA : compte investissement formation adhérent.

<sup>3</sup> Exemples : fiches de salaire des personnes gérant la formation, factures de prestataires externes en lien avec le développement de la formation professionnelle, etc.