Modèle d'attestation pour les emplois aidés

Demande de financement d'une action collective dans le cadre des Fonds Mutualisés de Branche - FMB – du secteur d'activité sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif

N° adhérent _____

Je soussigné(e) _____ (identité)

Agissant en qualité de _____ (fonction)

Pour l'entreprise _____ (nom de l'Association)

Située _____ (adresse)

Atteste que la durée des contrats de travail* des salariés en emploi aidé dont les noms figurent ci-dessous couvre la durée (nbre de jours) _____ de la formation (intitulé) _____ _____ qu'ils vont suivre de manière collective du _____ au _____.

Noms des salariés en emploi aidé concernés par la formation :

Fait à _____, le ____/____/____.

Signature + cachet Ets

*__programme 1.1 Accès à une 1ère qualification ou à une qualification de niveau supérieur__ : la prise en charge au-delà de la fin d'un contrat aidé est maintenue lorsque le lien contractuel entre le bénéficiaire du contrat aidé et l'employeur se poursuit sous une autre forme – __programme 2.3 Appui à la sécurisation des parcours professionnels__ : la durée du contrat aidé doit permettre d'arriver au terme de l'action de formation