

DISPOSITIFS DE FINANCEMENTS EXCEPTIONNELS 2012

Actions d'analyses de pratiques

Actions éligibles

L'analyse de pratique se définit comme l'accompagnement par un professionnel qualifié pour :

- Bénéficier d'un soutien.
- Écouter et être entendu.
- Dire et nommer son activité professionnelle.
- Décrire et analyser des situations professionnelles précises.
- Envisager d'autres perspectives de travail avec les usagers
- Formaliser des savoirs et des savoir-faire.
- Mettre en place une instance de régulation et de prise de recul face aux difficultés rencontrées.
- Trouver des pistes de résolution pour améliorer le fonctionnement de l'équipe.
- Tirer des enseignements de sa pratique.

Le prestataire doit être un organisme de formation dûment déclaré, c'est-à-dire disposant d'un numéro d'enregistrement de prestataire de formation professionnelle.

Public

Tout salarié.

Principe général

Ces actions sont à l'initiative de l'employeur et se déroulent pendant le temps de travail du salarié, qui est alors rémunéré à son taux habituel.

Financement

Chaque demande est étudiée individuellement.

La prise en charge concerne les coûts d'encadrement de l'action dans la limite de 2500€/an et par structure pour une demande individuelle

Restriction

Les structures de moins de 50 salariés en Equivalent Temps Plein ayant déjà bénéficié d'une prise en charge d'analyse de pratique en 2011 ne sont pas éligibles à ce financement en 2012.

Procédure à respecter

1. L'employeur adresse à la CPNEF une demande préalable de prise en charge, accompagnée des pièces justificatives, au moins deux mois avant le démarrage de l'action.
2. La demande est examinée en Comité Technique Paritaire.
3. La CPNEF envoie sa réponse à l'employeur.
4. L'employeur fait réaliser l'action à ses salariés.
5. L'employeur envoie sa demande de remboursement à la CPNEF accompagnée des pièces justificatives au plus tard le 15 janvier 2013.
6. La CPNEF rembourse à l'employeur les frais avancés.

Date limite

La demande préalable de prise en charge doit être renvoyée avant le 1^{er} novembre 2012.

**DEMANDE PREALABLE DE PRISE EN CHARGE
ACTIONS D'ANALYSES DE PRATIQUE**

Identification de l'employeur :

Nom de la structure/ raison sociale :

Numéro d'adhérent à Uniformation (anciennement numéro Habitat Formation) :
.....

Adresse postale :
.....
.....

Téléphone :

Mail :

Nom du responsable à contacter :

Identification de l'organisme de formation :

Nom de la structure/ raison sociale :

Adresse postale :
.....
.....

Numéro d'enregistrement de prestataire dispensant de la formation professionnelle :
.....

Téléphone :

Nom du formateur qui réalisera l'action :

Qualification du formateur :
.....

Déroulement de l'action :

Date de début: / / Date de fin: / / Nombre de jours :

Ou nombre de séances :

Nombre d'heures : Nombre de salariés :

Nombre de bénévoles :



Commentaires ou précisions :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces à joindre obligatoirement à la demande :

- Le programme détaillé de l'action, précisant notamment les objectifs et les moyens pédagogiques mis en œuvre.
- Le calendrier prévu, avec pour chaque date le nom des participants, leurs fonctions et les horaires
- Un devis détaillé de l'organisme de formation distinguant, le cas échéant, entre les coûts d'encadrement et les coûts annexes.

**LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ET LES PIECES JUSTIFICATIVES SONT A
RETOURNER AU MOINS DEUX MOIS AVANT LE DEMARRAGE DE L'ACTION ET AU
PLUS TARD LE 1^{ER} NOVEMBRE 2012 A :**

**CPNEF/Co SNAEC SO
18/22 Av. Eugène Thomas 94276 LE KREMLIN-BICÊTRE Cedex**

Pour tout renseignement :

☎ 01 58 46 13 45

☎ FAX 01 58 46 13 41

cpnef@cpnef.com

www.cpnef.com

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT
ACTIONS D'ANALYSES DE PRATIQUE**

Identification de l'employeur:

Nom de la structure/ raison sociale :

Numéro d'adhérent à Uniformation (anciennement numéro Habitat Formation) :

.....

Adresse postale :

.....

.....

Téléphone :

Mail :

Nom du responsable à contacter :

Identification de l'organisme de formation :

Nom de la structure/ raison sociale :

Adresse postale :

.....

.....

Numéro d'enregistrement de prestataire dispensant de la formation professionnelle :

.....

Téléphone :

Nom du formateur qui a réalisé l'action :

Qualification du formateur :

.....

Déroulement de l'action :

Date de début: .../.../..... Date de fin: .../.../.....

Nombre de jours :

Ou nombre de séances :

Nombre d'heures :

Nombre de salariés :

Nombre de bénévoles :

Tournez SVP


