**LISTE DES FORMATEURS**

**INTERVENANT DANS L’OF**

**A LA DATE DE LA DECLARATION D’ACTIVITE**

Dénomination et adresse de l’OF : ................................................................................................................................................................................

**1. Votre organisme emploie :**

- des **formateurs salariés** (sous CDI ou CDD, formateur occasionnel),

- ou, pour les associations, fait appel à des **bénévoles**,

- ou, pour les sociétés, fait appel à des **associés**

renseignez le tableau suivant :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom de l’intervenant | Date d’embauche | Statut  CDI, CDD, formateur occasionnel, bénévoles, associés | Titres, diplômes, qualités, expérience |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Au delà de 5 intervenants, joindre une liste complémentaire avec présentation identique

**2. Votre organisme fait appel à des sous-traitants (via un contrat de sous-traitance ou de prestation de service)**

Vos sous-traitants doivent être déclarés auprès des organismes de recouvrement (URSSAF…) et doivent disposer d’un numéro de déclaration d’activité

Renseignez le tableau suivant :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom  de l’intervenant | Nom de l’organisme et adresse | Numéro de déclaration d’activité | Titres, diplômes, qualités, expérience |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Au-delà de 5 intervenants, joindre une liste complémentaire avec présentation identique

**3. Votre activité est exercée en tant que travailleur indépendant ou dirigeant :**

|  |
| --- |
| Titres, diplômes, qualités, expérience |
|  |

Fait à ............................................, le .......................

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du signataire :  Qualité du signataire : | Cachet de l'organisme |
|  |  |