|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**Annexe 1 au formulaire de demande de subvention**

**Type d’Opération : 1.1 Aide à la formation professionnelle et à l’acquisition de compétences des actifs des secteurs agricole, sylvicole et agroalimentaire**

**Cette annexe doit être obligatoirement complétée. Elle accompagne le formulaire et permettra d’apprécier la qualité du projet et d’établir l’éligibilité et la sélection des demandes d’aide.**

*Le cas échéant, cette annexe peut renvoyer aux parties descriptives correspondantes d’un document joint par le demandeur.*

**Presentation et contexte de mise en œuvre de la formation ou du programme**

*Expliciter les raisons qui vous poussent à vouloir mettre en œuvre ces formations : constats de départ et résultats attendus.*

|  |
| --- |
| Justification argumentée |

|  |
| --- |
| **Cadre réservé à l’administration**  N° de dossier OSIRIS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_Date de réception : |\_\_|\_\_|\_\_|\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**descriptif du contenu pédagogique par formation**

**Quelles sont les thématiques de formation ciblées ?**

*(Dupliquer cette partie autant de fois que nécessaire pour compléter un cadre par formation dans le cas d’un programme)*

* + Filière :

Cultures spécialisées

Elevage

Forêt

* + Thématique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | descriptif |
| Adéquation avec la priorité régionale définie dans l’appel à projet (cf appel à projets) |  |  |
| Changement des pratiques en lien avec l’environnement : réduction d'intrants et / ou eau et biodiversité |  |  |
| Changement des pratiques en lien avec le changement climatique |  |  |
| Volet économique |  |  |
| Amélioration des conditions de travail et ressources humaines |  |  |

**Quels sont les éventuels éléments novateurs du projet de formation ?**

*(Par exemple, partenariat et collaboration développés, usages numériques, outils pédagogiques utilisés…)*

|  |
| --- |
| Justification argumentée |

Est-ce que votre action de formation est issue d’un Groupement d’Intérêt Économique et Environnemental (GIEE) ?

Oui  Non

Si oui, nom du GIEE :

Date de validation du GIEE :

Est-ce que votre action de formation est issue d’un groupe opérationnel du PEI (Partenariat Européen pour l’Innovation)?

Oui  Non

Si oui, nom du groupe opérationnel :

Date de validation du groupe opérationnel :

Est-ce que votre action de formation est issue d’une action collective identifiée dans un projet de filières ?

Oui  Non

Si oui, filière :

Nom du projet :

**En quoi les actions mises en œuvre dans le projet contribuent à la mise à jour des connaissances au regard des évolutions économiques, scientifiques et techniques… ?**

|  |
| --- |
| Justification argumentée |

**coût unitaire**

*Afin de disposer d’une information homogène et comparable entre les demandes déposées lors de l’appel à projets, il est demandé d’indiquer ici le coût horaire prévisionnel par stagiaire. Cela ne présage pas de la méthode qui sera retenue pour calculer l’assiette éligible (voir rubrique « dépenses prévisionnelles » du formulaire)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de la formation** | **Coût unitaire heure stagiaire** | **Nb d’heures stagiaires** | **Unité** | **Montant prévisionnel HT** |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  |  | H stagiaire |  |
|  |  | Montant total | |  |

**public cible**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Secteur d’activité**  *(agriculture, forêt, agroalimentaire)* | **Catégorie de public \*** | **Nombre prévisionnel de participants aux actions de formation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\* Catégorie de public : Exploitants, conjoints d’exploitants travaillant sur l’exploitation, aides familiaux, salariés agricoles, salariés et dirigeants de PME agroalimentaires et des coopératives agricoles, salariés du domaine forestier, experts forestiers, salariés et dirigeants des PME de la filière bois, gestionnaires de forêts publiques, propriétaires forestiers privés, PME situées dans les zones rurales et respectant le critère PME défini au niveau communautaire.*

Moyens ou procédures de vérification de l’éligibilité au FEADER des participants à l’action de formation (description obligatoire) :

**description des moyens techniques et des ressources pédagogiques**

|  |
| --- |
| Décrire les éléments matériels de la formation (supports pédagogiques et techniques, salles de formation, équipements divers, documentation, outils pédagogiques...) |

**description des moyens humains spécifiquement affectés à l'exécution de la prestation**

**Vous êtes un organisme paritaire collecteur agréé**

Agrément de l’Etat : Oui  Non  Date de l’agrément :

*Fournir une copie de l’agrément de l’Etat*

Nom du responsable de formation :

Le responsable de formation justifie d’un niveau III de formation OU de 3 ans d’expérience professionnelle dans le domaine de l’ingénierie de formation : Oui  Non

*Fournir une copie du diplôme ou attestation permettant de justifier des 3 ans d’expérience professionnelle*

|  |
| --- |
| Indiquez les qualifications et formations régulières dont dispose votre personnel pour conduire l’ingénierie de la formation, l’évaluation des formations et la sélection des organismes de formation (vérification des conditions décrites dans la rubrique « définition des capacités appropriées (…) ». Le cas échéant, indiquez les résultats de la sélection des organismes de formation  *Fournir une copie des attestations de formations suivies attestant de la qualification du (des) responsable(s) de formation et de la mise à jour de leurs compétences et connaissances* |

**Vous êtes un organisme de formation**

Nom des formateurs :

Le(s) formateur(s) justifie(nt) d’un niveau III de formation OU de 3 ans d’expérience professionnelle dans le secteur d’activité concerné par le projet : Oui  Non

*Fournir une copie du diplôme ou attestation permettant de justifier des 3 ans d’expérience professionnelle*

Le(s) formateur(s) justifie(nt) d’une expérience professionnelle en tant que formateur : Oui  Non

*Fournir une attestation permettant de justifier l’expérience professionnelle en tant que formateur*

|  |
| --- |
| Indiquez le niveau de qualification des formateurs et décrivez leurs compétences techniques, professionnelles pratiques ou théoriques  *Fournir une copie des attestations de formations suivies attestant de la qualification des responsables de formation et de la mise à jour de leurs compétences et connaissances. Fournir un CV pour chaque formateur* |

**PARTICIPANTS A LA FORMATION**

**Durées et nombre de participants prévisionnel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé de la formation** | **Durée en demi-journée** | **Nombre prévisionnel de stagiaires** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Document descriptif du programme de formation ou de la formation en annexe : Oui  Non

**DEPENSES PREVISIONNELLES**

*Les dépenses doivent être présentées hors taxes ou TTC selon la récupération de la TVA*

***\*Poste de dépense****: quelle que soit la nature des dépenses, ces dernières sont à présenter selon un type de dépense à choisir dans la liste suivante : 1. Achat de sessions de formation, 2. Coûts salariaux (hors participants), 3. Frais de déplacement et de mission (hors participants), 4. Location de salle, 5. Frais de remplacement des participants, 6. Investissements matériels.*

Dépenses sur devis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de la dépense**  **(libellé du devis)** | **Nom du fournisseur** | **Identifiant du justificatif** | **Poste de dépense\*** | **Montant prévisionnel**  **HT  TTC** | **Justificatif** |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  | **Montant total (B1)** |  |  |

Frais salariaux supportés par le demandeur

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’intervention**  **(nature du travail à réaliser)** | **Nom de l’intervenant 1** | **Qualification de l’intervenant** | **Poste de dépense** | **Coût salarial total annuel (a)** | **Temps partiel le cas échéant (en %) (b)** | **Nb d’heures travaillées par an pour l’agent (bX1607)2** | **Temps prévisionnel consacré au projet (en h/an) (c)** | **Unité de temps de travail** | **Frais salariaux consacrés au projet (aXc)/(bX1607)** | **Justificatif** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | heures |  | oui |
|  |  |  |  |  |  |  |  | heures |  | oui |
|  |  |  |  |  |  |  |  | heures |  | oui |
|  |  |  |  |  |  |  |  | heures |  | oui |
|  |  |  |  |  |  |  | **Montant total (B2)** | |  |  |

*1Si le nom n’est pas connu, indiquer le niveau de qualification (par exemple : ingénieur ou technicien.*

*2Le coût horaire est calculé en divisant le dernier montant annuel connu du salaire brut par 1607 h pour un temps plein ou par le nombre d’heure de travail annuel justifié (cf notice).*

*Le coût salarial total est égal au salaire brut + les charges patronales, déduction faite des aides publiques obtenues dans le cadre de contrat aidé ou cofinancé par le FSE*

Frais professionnels

*Déplacement, restauration, hébergement des intervenants*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature de la dépense** | **Nom de l’agent** | **Identifiant du justificatif** | **Poste de dépense\*** | **Montant prévisionnel**  **HT  TTC** | **Justificatif** |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  |  |  | oui |
|  |  |  | **Montant total (B3)** |  |  |

Coûts indirects

*Les coûts indirects sont éligibles. Ils sont calculés sur la base de l’application d’un taux forfaitaire de 15 % des frais de personnels directs éligibles.*

Je demande (nous demandons) à bénéficier de l'aide sur les coûts indirects liés à l'opération d'un taux forfaitaire de 15 % des frais de personnels directs éligibles (art 68-1-b du RUE 1303-2013) :

Oui  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Montant total des frais de personnel présentés (B2)** | **Ratio** | **Montant prévisionnel**  **HT  TTC** |
|  | 15 % | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (=B4)** |

**TOTAL des dépenses prévisionnelles**

**Le total des dépenses prévisionnelles est de : B1 + B2 + B3 + B4 = €  HT  TTC**

*Ce montant total des dépenses prévisionnelles doit être identique au montant total du calendrier prévisionnel et du total général des ressources du plan de financement*