

CATÉGORIE PHYTOPHARMACEUTIQUE

STAGIAIRE Coordonnées du stagiaire à inscrire :

Nom : _____ Prénom : _____

N° Sécurité Sociale (NIR) : _____

Niveau d'études : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Mail : _____ @ _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

EMPLOYEUR Coordonnées de l'entreprise:

Nom de l'entreprise : _____

Dénomination sociale (EI, GAEC, EARL,...) : _____

Siret (14 chiffres) : _____

Nom et prénom du gérant : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Mail : _____ @ _____

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

FICHE DE CANDIDATURE / POSITIONNEMENT

COCHEZ la prise en charge souhaitée selon votre situation :

- ENTREPRISE = Si l'entreprise finance la formation.**
- VIVEA = Si vous êtes gérant non salarié** cotisant à la mutualité sociale agricole :
⇒ Vous dépendez du VIVEA. Vous êtes installé depuis peu de temps en tant que chef d'entreprise, vous devez télécharger depuis votre espace personnel de la mutualité sociale agricole, une [attestation « de régularité au regard de la contribution VIVEA »](#).
- OCAPIAT (Anciennement FAFSEA) = Si vous êtes salarié** cotisant à la mutualité agricole :
⇒ Vous dépendez d'OCAPIAT (OPCO organisme financeur anciennement FAFSEA) sous réserve d'inscription du participant par l'entreprise et des places finançables disponibles sur OCAPIAT.
- PARTICULIER** : Financement de la formation par le stagiaire.

Handicap : 

- Merci de cocher la case si le bénéficiaire de la formation est porteur d'un handicap et que vous souhaitez nous en informer.

Retrouvez notre catalogue de formations sur notre site internet :

www.formations-verdazur.fr

Merci de renvoyer la fiche de candidature/positionnement aux adresses mails suivantes :

gaelann.bodeau@educagri.fr + emilie.verhaeghe@educagri.fr

Pré-requis et choix du Certiphyto adéquat :

Rappel du nom et prénom du candidat :

- ❖ **Pour toutes les formations :** Compréhension du français à l'oral comme à l'écrit.
- ❖ **Biocide :** Certiphyto en cours de validité.
- ❖ **Renouvellements des Certiphyto :** Pour effectuer un renouvellement il faudra impérativement que la date de la formation de renouvellement soit comprise **entre 3 et 6 mois AVANT la date de fin de validité** de votre Certiphyto en cours. Il faudra **OBLIGATOIREMENT** joindre une copie du certiphyto en cours à la fiche de candidature. *Si vous souhaitez renouveler votre Certiphyto mais que vous êtes hors-délais 2 solutions : Repasser un Primo ou passer seulement le QCM (test seul).*

CERTIPHYTO	OBJECTIF	PUBLIC CONCERNE	DUREE DE LA FORMATION / SEUIL REUSSITE Test de fin de formation	COCHER VOTRE BESOIN (1 seul choix possible)		
				PRIMO (Première fois)	RENOUVELLEM ENT (pas de test)	QCM (Test seul)
DESA	<u>Acheter et appliquer</u> les produits phytopharmaceutiques	Entreprises de Jardin et de Paysagisme.	3 jours / 21 heures Seuil de réussite test : 20/30			
DENSA	<u>Acheter et appliquer</u> les produits phytopharmaceutiques	Agriculteurs, Mairies, Golfs, Associations, Villas, Terrains de sport, Collectivités.	2 jours / 14 heures Seuil de réussite test : 15/30			
OPE	<u>Appliquer</u> les produits phytopharmaceutiques	Tout public.	2 jours / 14 heures Seuil de réussite test : 12/20			
MVPP MVGP	<u>Vendre</u> les produits phytopharmaceutiques	Jardineries et Coopératives agricole.	3 jours / 21 heures Seuil de réussite test : 20/30			

➔ Quelles sont vos attentes vis à vis de la formation cochée ci-dessus :

Par la signature de cette fiche de candidature/positionnement, l'entreprise ou le stagiaire atteste avoir reçu et pris connaissance des documents suivants et s'engage à en faire respecter les dispositions spécifiques : règlement intérieur, livret d'accueil du stagiaire, conditions générales de ventes et programme de l'action de formation.

Je certifie l'exactitude des informations figurant dans cette fiche de candidature.

Je déclare avoir pris connaissance du programme de stage ainsi que des pré-requis.

Date :/...../.....

Signature :