

SALARIE

Nom :
Prénom :
Fonction :
Service :

Organisme de Formation : ORTHOPASS

Choix de la Formation

Cochez la session choisie :

Orthographe & Grammaire

1090€ HT

Communication Ecrite

890€ HT

Combinaison

1690€ HT

Dates de la formation: _____

2 jours de présence
9h-12 et 13h-16h

1 jour de présence
9h-12 et 13h-16h

12 h de formation

6 h de formation

Test initial de diagnostic

Les fondamentaux de l'orthographe
 Eviter les erreurs courantes
 Appliquer les règles de grammaire
 Corriger ses propres fautes

Enrichir son vocabulaire
 Les homonymes
 Choisir le mot juste

Les pièges de la conjugaison
 Les accords et les temps
 Genre et nombre

Retranscrire un message fidèlement

Structurer sa pensée (le plan)
 Rédiger avec concision
 Mettre en valeur les arguments
 Imager le propos pour le rendre percutant

Adapter le message au correspondant
 Normes de rédaction professionnelle
 Ecrire à un client ou partenaire

Rédiger des rapports & comptes-rendus
 Rédiger une lettre commerciale

Plus d'informations sur <http://www.orthopass.com/formation-orthographe-dif>

Souhaitez-vous réaliser votre formation sur le temps de travail ?

Oui Non

Si la formation a lieu hors temps de travail, précisez votre choix :

Nous vous rappelons qu'en accord avec les représentants du personnel, il a été décidé de limiter le départ en dehors du temps de travail de la manière suivante :

- Temps libre (matin, soir, pause déjeuner) :
- Jour de RTT :
- Congés payés :
- Congés sans solde :
- Congé parental d'éducation :
- Autre (à préciser).

Je soussigné, _____ souhaite utiliser mon DIF pour réaliser l'action de formation décrite ci-dessus.

Fait à _____

Le ____/____/____

Signature du salarié :

Votre (*supérieur/DRH*) vous répondra dans un délai de 30 jours après l'enregistrement de votre demande par le service RH. Vous recevrez une confirmation de cet enregistrement ou un double de votre formulaire de demande vous sera remis. Il tient lieu d'accusé de réception. La date d'enregistrement fait courir le délai de 30 jours.

ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE

Date d'enregistrement de la demande :

Nom et fonction du signataire :

Signature :

REPONSE DE L'EMPLOYEUR

La demande de DIF est acceptée.

La demande de DIF est refusée.

Fait à _____

Le (date de la réponse) : ____/____/____

Nom et Fonction du signataire :

Signature :

En cas de formation hors temps de travail, ce contrat vous précisera le montant de l'allocation de formation qui vous sera versée.

En cas d'acceptation, un contrat de départ en DIF vous sera transmis.

Le retourner par courrier à :

OrthoPass

Société OPS
27 rue d'Amsterdam
75008 Paris

Ou par e-mail à l'adresse :

info@orthopass.com