

**FICHE NAVETTE : Demande de prise en charge auprès de Transitions Pro Normandie**

Date de la demande : .....

Prescripteur :             Cap Emploi    Pôle Emploi    Mission Locale    CARSAT    SST

Voire                         CEP Actif Salarié    Apec    La personne elle-même

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : ..... Mail : .....

<p>▪ <u>Bénéficiaire</u> :</p> <p>Nom – prénom : Date de naissance : Numéro Sécurité Sociale : Adresse : Ville : Formation initiale : Niveau scolaire (VI, V, ..) : Poste occupé et/ou niveau de qualification : .....</p>	<p><u>Entreprise</u> :</p> <p>Raison sociale : Ville : Domaine d'activité : Effectif salarié N°Siret :</p>
<p><u>Contrat de travail</u> :    <input type="checkbox"/> CDI        <input type="checkbox"/> CDD        <input type="checkbox"/> Intérimaire        <input type="checkbox"/> Intermittent</p>	
<p><u>Nature du titre de bénéficiaire de la loi (en cours de validité) :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Les travailleurs reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (voir dans convention : Article 3 Le public concerné)</p> <p>Préciser : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><u>Dispositif mobilisé dans le cadre</u></p> <p><input type="checkbox"/> Maintien dans l'emploi externe à l'entreprise <input type="checkbox"/> Maintien dans l'emploi interne à l'entreprise <input type="checkbox"/> Accès à l'emploi <input type="checkbox"/> Changement de Métier <input type="checkbox"/> Changement de profession</p>	
<p><u>Documents</u></p> <p><input type="checkbox"/> RQTH ou récépissé de la demande <input type="checkbox"/> Avis médical attestant que le handicap ou son aggravation entraine des difficultés pour la personne à occuper son poste <input type="checkbox"/> Avis médical sur l'aptitude à l'exercice du nouveau métier, de la nouvelle profession</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : .....</p> <p>.....</p>	