**ELEMENTS TECHNIQUES DE DEMANDE DE LA CERTIFICATION RELATIVE AU** **DECRET N°2019-565 DU 6 JUIN 2019 RELATIF AU REFERENTIEL NATIONAL SUR LA QUALITE DES ACTIONS CONCOURANT AU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES**

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE à Certi.Kôntrol**  **DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE DE CERTIFICATION :**  **DATE DE VALIDATION DU DOSSIER « REVUE » :**  **PERSONNE AYANT VALIDE LA DEMANDE :** |

Le présent document constitue la 1ère étape de déclenchement du processus de certification selon les décrets :

**N° 2019-564 du 6 juin 2019** relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle, **N° 2019-565 du 6 juin 2019** relatif au référentiel national sur la qualité des actions concourant au développement des compétences et de l’**arrêté du 6 juin 2019** relatif aux modalités d’audit associées au référentiel national mentionné à **l’article D. 6316-1-1 du code du travail**.

Le contenu de ce document et les éléments demandés doivent permettre à **Certi.Kôntrol** d’examiner et prononcer la recevabilité de la demande pour pouvoir déclencher le processus de certification.

Le présent document est requis pour toute demande de modification de la portée de certification ainsi que pour la demande de renouvellement ou de transfert.

Le prestataire renvoie l’ensemble des éléments de son dossier complété, signé, daté et accompagné des pièces demandées. Il atteste l’exactitude des renseignements du présent dossier et des documents communiqués

**NB : Certi.Kôntrol s’engage à respecter la confidentialité des renseignements constituant la demande de certification.**

1. **IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale *(Données obligatoires)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Statut juridique *(Données obligatoires)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date de Création (*(Données obligatoires)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Code APE *(Données obligatoires)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| N° SIREN *(Données obligatoires)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| N° de TVA intracommunautaire | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Numéro d’enregistrement de la déclaration d’activité́ (*Données obligatoires)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| « Si en cours de demande d’enregistrement joindre la copie de la demande de moins de 3 mois » | |
| Adresse du siège : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| DIRIGEANT | CONTACT IDENTIFIE |
| Nom + prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Nom + prénom: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Tel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Tel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous un nouvel entrant (*Organismes de Formation qui démarre son activité sur la ou les catégories d’actions suivantes :*  Actions de formation : OF  Bilans de Compétences : CBC  Prestations d’actions permettant de faire valider les acquis de l’expérience : VAE  Centre de Formation des apprentis : CFA | OUI  NON  OUI  NON  OUI  NON  OUI  NON |
| Êtes-vous déjà certifié ou labélisé selon un référentiel figurant sur la Liste des certifications et label spécialisés du CNEFOP ? *« Si oui lequel (joindre impérativement le certificat en cours de validité) »* | OUI  NON |
| Votre projet de certification est-il ? | Choisissez un élément. |
| Votre demande fait-elle suite à un refus de certification ? | OUI  NON |
| Si oui, date de refus :  *(joindre impérativement le courrier de refus de certification)* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Le cas échéant, accepteriez-vous d’effectuer l’audit à distance ? | OUI  NON |

1. **Description de l’activité** *(Données obligatoires) :*

|  |  |
| --- | --- |
| Décrivez votre activité entant que prestataires de formation | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Référence réglementaire** | **CATEGORIE D’ACTIONS CONCERNEES** | **Cocher** |
| L. 6313-1-1° | Actions de formation : OF |  |
| L. 6313-1-2° | Bilans de Compétences : CBC |  |
| L. 6313-1-3° | Prestations d’actions permettant de faire valider les acquis de l’expérience : VAE |  |
| L. 6313-1- 4° | Centre de Formation des apprentis : CFA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Formations tout ou partie à distance | OUI  NON |
| Formations en situation de travail | OUI  NON |
| Formations en alternance | OUI  NON |
| Formations certifiantes | OUI  NON |
| Réalisation de formations confiées à un autre organisme de formation | OUI  NON |
| Intervention pour le compte d’un autre organisme de formation | OUI  NON |

**Joindre le bilan pédagogique et financier (obligatoire)**

Pour les nouveaux entrants (activité entière ou catégorie d’action) joindre des **données comptables concernant le montant des produits perçus par catégorie de financeur, issues du livre journal ou du grand livre ou du livre des recettes encaissées. :**

* **entreprises, organismes gestionnaires des fonds de la formation,**
* **pouvoirs publics pour la formation de leurs agents,**
* **pouvoirs publics pour la formation de publics spécifiques,**
* **contrats conclus avec des personnes à titre individuel et à leurs frais,**
* **contrats conclus avec d’autres organismes de formation**

1. **IMPARTIALITE – ACCOMPAGNEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Votre structure est-elle liée juridiquement à **Certi.Kôntrol** ? | | | OUI  NON |
| Votre structure a-t-elle des liens personnels ou commerciaux avec **Certi.Kôntrol** (direction, personnel, ressources partagées) ? | | | OUI  NON |
| Au cours des trois dernières années, votre société a-t-elle reçu des prestations de conseil pour l’obtention ou le maintien de la certification recherchée ? | | | OUI  NON |
| Si OUI | *Nom de l’organisme de conseil* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| *Date de fin d’intervention* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| *Nom de l’intervenant « consultant »* | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

1. **PERIMETRE CONCERNE PAR CETTE CERTIFICATION**

* **Description de l'activité à certifier selon la CATEGORIE D’ACTIONS CONCERNEES (OBLIGATOIRE) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Référence réglementaire** | **CATEGORIE D’ACTIONS CONCERNEES** | **Cocher** |
| L. 6313-1-1° | Actions de formation : OF |  |
| L. 6313-1-2° | Bilans de Compétences : CBC |  |
| L. 6313-1-3° | Prestations d’actions permettant de faire valider les acquis de l’expérience : VAE |  |
| L. 6313-1- 4° | Centre de Formation des apprentis : CFA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de sites concernées : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Effectif global (joindre OBLIGATOIREMENTun organigramme) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse de réalisation de l’audit : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Proposition de période de réalisation de l’audit | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Cas Prestataire Multi site : Si non concerné cocher la case :**

Pour être qualifié de multisites veuillez répondre aux questions ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Vos différents sites ont-ils le même numéro de déclaration d’activité que le site principal ? | OUI NON |

Si vous avez répondu **« NON »,** vous n’êtes pas éligible en tant que multisites.

Si vous avez répondu « **OUI** » veuillez répondre aux questions ci-dessous

|  |  |
| --- | --- |
| Chaque site  dispose-il de personnel permanent ? | OUI  NON |
| Avez-vous un seul et unique système qualité ? | OUI  NON |
| Avez-vous identifié votre fonction centrale qui fait partie de votre entité et qui ne peut pas être sous-traitée ? | OUI  NON |
| Cette fonction centrale a-t-elle l’autorité organisationnelle pour définir, mettre en place et faire fonctionner le système qualité unique ? | OUI  NON |
| Avez-vous un programme de surveillance géré par la fonction centrale *sur tous les sites ?* | OUI  NON |

Si vous avez « **5 réponses OUI** », vous êtes éligible en tant que multisites et vous devez remplir le tableau page suivante

**Tableau des sites dépendant du numéro d’enregistrement de la déclaration d’activité concernée :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du site** | **Adresse** | **Effectifs** | **Catégorie d’actions concernées** | | | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | OF | CBC | VAE | CFA |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | OF | CBC | VAE | CFA |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | OF | CBC | VAE | CFA |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | OF | CBC | VAE | CFA |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | OF | CBC | VAE | CFA |

**Rappel de documents à transmettre OBLIGATOIREMENT :**

* **Le dernier bilan pédagogique et financier disponible**
* **Données comptables par catégorie de financeur (nouveaux entrants)**
* **Si en cours de demande d’enregistrement joindre la copie de la demande de moins de 3 mois**
* **le courrier de refus de certification (le cas échéant)**
* **Le certificat en vigueur sur un autre référentiel figurant sur la liste des certifications et labels spécialisés du CNEFOP au 31/12/20 (le cas échéant)**
* **L’organigramme nominatif et fonctionnel**
* **Preuve d’un lien juridique ou contractuel entre les sites annexes et le site central (si multisites*)***
* **La copie du certificat actif (si transfert)**

Par la signature de ce document, vous attestez que vous avez pris connaissance des documents suivants (disponibles dans la documentation en ligne téléchargeable sur notre site internet « www.certikontrol.fr » :

* Programme de certification.

**POUR L’ENTREPRISE**

**Fait le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**A :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom Prénom:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Signature :**



Merci de retourner ce document complété́ et signé à l’adresse suivante :

2 rue Pilâtre de Rozier

57000 METZ

ou par mail : contact@certikontrol.fr