

Secrétariat
98, rue de Saint-Jean
CP – 1211 Genève 3
T 058 715 32 09 – info@cpsso-ge.ch

DEMANDE DE PRESTATIONS DE LA CPSO

PERTE DE GAIN – FORMATION PROFESSIONNELLE SPECIALISEE

● Indications concernant le travailleur

Nom et prénom		
Date de naissance		Date d'entrée dans l'entreprise
Adresse complète		
No postal		Lieu
Salaire (en francs et centimes)	Horaire :	Mensuel :

● Adresse de paiement

Remboursement exclusivement à l'entreprise	
Employeur actuel	
Adresse de l'entreprise	
Date d'entrée dans l'entreprise	
No CCP ou No de cpte bancaire	
Nom et adresse de la banque	

● Désignation du cours

Dénomination du cours	
Organe de formation	

● Fréquentation du cours – indemnisation

Fréquentation de la formation	Jours ouvrables	
	Heures de formation au total	
Salaire horaire brut (en francs et centimes)		

● L'employeur a payé le salaire normalement durant les heures de cours suivis ☐ oui ☐ non

● Le candidat a suivi les cours sur ses vacances ☐ oui ☐ non

● Documents à annexer

La présente demande doit être accompagnée du/des bulletin/s de paie du candidat pour les périodes de formation et de l'attestation de suivi de la formation.

Lieu et date : _____

Signature et timbre de l'entreprise : _____

Signature du requérant : _____