

## 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 un an révolu en tant que chef d'entreprise non salarié, 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.campusverdazur.fr/catalogue-stages-courts](http://www.campusverdazur.fr/catalogue-stages-courts)

Merci de renvoyer la fiche de candidature/positionnement

à l'adresse mail suivante :

[sylvie.nubling@educagri.fr](mailto:sylvie.nubling@educagri.fr)

**Pré-requis et choix du Certiphyto adéquat :**

❖ **Pour toutes les formations :** Compréhension du français à l'oral comme à l'écrit.

❖ **Renouvellements des Certiphyto :** Il faudra **OBLIGATOIREMENT** joindre une copie du Certiphyto en fin de validité à la fiche de candidature.

Rappel du nom et prénom du candidat :

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)		RENOUVELLEMENT	
				Formation En 2 ou 3 jours	Test seul	Formation 1 jour / 7h	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				
BIOCONTRÔLE	Méthode alternative aux produits phytopharmaceutiques	Tout public en possession d'un Certiphyto en cours de validité	2 jours / 14 heures				
CHARANÇON ROUGE	Habilitation pour la lutte contre le charançon et être enregistré à la DRAAF	Professionnels intervenants de traitement préventif et l'éradication du charançon rouge	2 jours / 14 heures				

➔ 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 prérequis.

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

Signature :