

Demande EXTERNE
de compte d'accès à l'extranet
de gestion de la formation professionnelle

TYPE DE DEMANDE

Création

Modification

Suppression

DEMANDEUR

Mme M. Identifiant* : _____
(Si modification ou suppression)

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel** : _____ Téléphone : _____

SITE D'APPARTENANCE

N° Siret personne morale : _____

Dénomination sociale : _____

Adresse :

Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone : _____

Information complémentaire : _____

RESPONSABLE

Mme M. Qualité : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Courriel** : _____

HABILITATIONS OF

- Consultation seule (**ConsultOF**)
- Saisie de l'état de présence sans transmission à l'ASP (**GestOFsSps**)
- Saisie de l'état de présence avec transmission à l'ASP (**GestSuiOF**)
- Saisie du dossier sans la signature électronique + état de présence (**GestOF sans identité vérifiée**)
- Saisie du dossier avec la signature électronique + état de présence (**GestOF + identité vérifiée**)

Date début d'effet : _____

Date de fin d'effet : _____

HABILITATIONS FINANCEUR

- Consultation seule (**ConsultFin**)
- Consultation seule + Edition de l'état de présence (**ConFinRS9**)
- Consultation seule + transmission de l'état de présence à l'ASP (**PubISuiFin**)

Date début d'effet : _____

Date de fin d'effet : _____

* L'identifiant sera structuré de la manière suivante : prenom.nom (de l'utilisateur). Il doit être précisé seulement dans le cas d'une modification ou d'une suppression.

Il vous sera fourni un mot de passe en liaison avec cet identifiant. Ce mot de passe est individuel et incessible, il engage la responsabilité de l'utilisateur en cas de transmission à un tiers ou d'utilisation frauduleuse.

** L'adresse de courriel fournie doit être individuelle (nominative). Toute demande sur une adresse générique fera l'objet d'un refus.

En signant ce document, le «Responsable» s'engage, en cas de départ ou de nouvelle affectation du «Demandeur» ne nécessitant plus un accès à l'extranet Défi, à adresser une demande de suppression de ses habilitations à l'Agence de Services et de Paiement via le présent formulaire.

Signature du demandeur :

Le : _____

Cachet et signature du responsable :

Le : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Compte d'accès créé : _____

Mot de passe créé : _____

Demande traitée le : _____ par : _____

Information complémentaire :