La prestation Activ’Créa EME est financée par le Fonds social européen dans le cadre de la réponse de l'Union à la pandémie Covid-19  

**ACTIV’ CREA EMERGENCE**

**Feuille d’émargement**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° marché : N\_MARCHE**  **Prestation réalisée du DSFORMAT au | | / | | / | |** | **N° du lot : N\_LOT**  **Commande N° : N\_COMMANDE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bénéficiaire**  Nom, prénom : BENEFICIARY\_NOM  Identifiant N° : BENEFICIARY\_ID  Tél. : **BTELF**  Mél. : BENEFICIARY\_MAIL | **Organisme prestataire**  Nom : ORGANISM\_NOM  Lieu de réalisation de la prestation : ORGANISM\_LIEU  **||||||** |
| **Conseiller(e) réfèrent (e) Pôle emploi**  Nom, prénom : CORRESPONDANT\_NOM  Pôle emploi de : CORRESPONDANT\_POLE\_EMPLOI  Mél. : | **Référent pour l’organisme prestataire**  Nom, prénom : CONSEILLER  Tél.**: |0|1|4|5|8|0|5|1|5|5|**  Mél. : MAIL\_CONSEILLER |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTRETIENS**  **OBLIGATOIRES** | **DATE** | **SIGNATURE DU**  **BENEFICIAIRE ET DU REFERENT** | **ABSENCE (MOTIF)** |
| **Entretien de**  **diagnostic initial** | **DSFORMAT** | **« J’ai pris connaissance des objectifs de la prestation à laquelle je participe. J’ai co-construit ma feuille de route définissant les actions à mettre en œuvre et les modalités de travail auxquelles je souscris. Je m’engage à participer activement à la prestation »**  **Signature du bénéficiaire :**  **Signature du référent :**  **Cochez si entretien réalisé à distance : □** |  |
|  | **« A l’issue de cet entretien, je décide de ne pas poursuivre et j’adhère au choix de réorientation vers Pôle emploi »**  **Signature du bénéficiaire :**  **Signature du référent :**  **Cochez si entretien réalisé à distance : □** |  |
| **Entretien**  **de bilan** | **| | / | | / | |** | **« J’atteste avoir pris connaissance du bilan de la prestation et être en accord avec son contenu »**  **Signature du bénéficiaire :**  **Signature du référent :**  **Cochez si entretien réalisé à distance : □** |  |