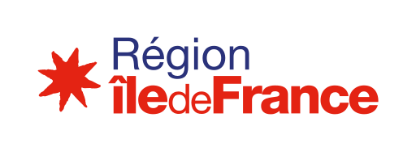
****

INSERER ICI LE LOGO DE LA

STRUCTURE BENEFICIAIRE

|  |  |
| --- | --- |
| **Lettre de mission** | |
| Nom de la structure |  |
| Intitulé de l’opération |  |
| N° de l’opération |  |
| Nom, prénom du salarié |  |
| Poste occupé |  |

**Objet de la mission (*à réaliser dans le cadre de l’opération cofinancée*) :**

* ………………………………………. ;
* .......................................... ;
* .......................................... ;
* .......................................... .

**Période d’affectation :**

Du xx/xx/xxxx au xx/xx/xxxx.

**Temps affecté à l’opération :**

❑ à 100% sur l’opération ;

❑ à temps fixe par mois : xxxx heures/mois soit xx%/mois ;

**Base annuelle de temps travaillés (*conformément au tableau 4.2.1 de l’évaluation ex-ante du 25/04/2024*) :**

❑ 1307 heures / année ;

❑ 1404 heures / année ;

❑ 1607 heures / année**.**

Livrables attendus dans le cadre des missions :

* ………………………………………. ;
* .......................................... ;
* .......................................... .

Fait à [lieu] et [date],

|  |  |
| --- | --- |
| Le salarié  [prénom + nom + fonction + signature + cachet] | Le responsable hiérarchique  [prénom + nom + fonction + signature + cachet] |