



## VOTRE PROJET DE RÉINSERTION

Raison du départ de l'agriculture : \_\_\_\_\_

Veillez cochez l(es) aide(s) sollicitée(s) :

- La prime de départ en raison des difficultés financières que rencontre mon exploitation
- La prime de déménagement en raison de mon déménagement nécessaire et prévu dans les deux ans
- Une prise en charge des formations que je vais effectuer dans le cadre de ma réinsertion professionnelle
- D'une rémunération en tant que stagiaire pour la durée de ces formations.

**Formation(s) envisagée(s) :**  Oui  Non

intitulée de(s) formation(s) : - \_\_\_\_\_ ; Durée du stage : \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ ; Durée du stage : \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ ; Durée du stage : \_\_\_\_\_

Adresse du centre de formation : \_\_\_\_\_

**Projet de réinsertion :**  Oui  Non Si oui lequel : \_\_\_\_\_

Raison(s) du choix :

- expérience professionnelle ou connaissance du secteur d'activité :  Oui  Non

- possibilités offertes par le secteur d'activité :  Oui  Non

- intérêt personnel :  Oui  Non

- Autres raisons : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MENTIONS LÉGALES

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. La fourniture des données qu'il contient est obligatoire. La loi vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, en vous adressant à la direction gestionnaire.

## LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT À VOTRE DEMANDE

Pièces	Pièce jointe
Exemplaire original de cette demande d'aide dûment complété, daté et signé.	<input type="checkbox"/>
Attestation d'affiliation MSA précisant le statut et la durée en cours d'affiliation.	<input type="checkbox"/>
RIB-IBAN au nom du demandeur.	<input type="checkbox"/>

## ENGAGEMENTS ET SIGNATURES

Je soussigné(e) (nom et prénom du demandeur) : \_\_\_\_\_

- certifie avoir pouvoir pour représenter le demandeur dans le cadre de la présente formalité ;
- certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire et les pièces jointes.

J'atteste sur l'honneur :

- que j'ai exercé mon activité agricole en qualité de chef d'exploitation, de conjoint ou d'aide familial sur l'exploitation pendant au moins 5 années précédant ma demande ;
- que je ne perçois pas un avantage dans le cadre de tout contrat de travail, y compris les contrats de travail comprenant une formation : contrat emploi-formation agricole, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation, CI-RMA, contrat d'avenir, contrat d'accompagnement dans l'emploi,...
- que je ne perçois déjà aucune rémunération en qualité de stagiaire de la formation professionnelle continue.

Je m'engage à renoncer pendant une durée de 5 ans à compter de l'attribution de l'aide (date de la décision préfectorale d'octroi de l'aide) à travailler dans l'agriculture en qualité de chef d'exploitation, associé exploitant, conjoint de chef d'exploitation ou aide familial de l'AMEXA.

Je suis informé(e) :

- qu'en cas d'irrégularité ou de non respect de mes engagements, le remboursement de la prime de départ (et l'aide au déménagement, le cas échéant) perçue au titre de l'ARP sera exigé, assortie des intérêts au taux légal ;
- que je dois communiquer à l'ASP les pièces justifiant de ma cessation d'activité et, le cas échéant, de mon déménagement pour obtenir le versement des primes sollicitées.

Pour chacune des parties, les signataires sont l'exploitant, ou le gérant en cas de forme sociétaire, ou tous les associés en cas de GAEC.

*Signature précédée de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »*

Fait en |\_| exemplaires, le |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

## RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

À L'USAGE DU MINISTÈRE EN CHARGE DE L'AGRICULTURE – NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

N° DOSSIER : \_\_\_\_\_

DATE DE RÉCEPTION : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|