**ATTESTATION D’EFFECTIF**

**DE L’ETABLISSEMENT BENEFICIAIRE**

**(A joindre à la demande de versement)**

N° dossier MDNA :

Projet financé :

**Je soussigné(e)** :

Né(e)le : ………………………………….

adresse personnelle :

**Représentant légal de :**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : |  |
| N° SIRET :  Siège social : |  |

**ATTESTE SUR L’HONNEUR**

Que l’effectif de (l’entreprise, l’association, etc ….) : …………………………………………………………………………………………………………………………………..que je représente est à ce jour de………ETP, répartis comme suit :

|  |  |
| --- | --- |
| CDI |  |
| CDD |  |
| **TOTAL EFFECTIF** |  |

|  |
| --- |
|  |
| Fait à : ........................................,  Le : ............................................. | Signature  (nom, prénom, qualité du bénéficiaire) | | |
| **Toute fausse déclaration pourra entraîner l’annulation de la participation régionale et le reversement des sommes sera exigé.**  **En outre, elle peut être punie de peines d’emprisonnement et d’amende, dans les conditions prévues par le Code Pénal (Article 441-1 et SS)** | |  |