

**LOGO**

**DE LA**

**STRUCTURE**

**Lettre de mission FSE+**

*Salarié(e) affecté(e) à temps plein sur l’opération*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la structure | XXX |
| Intitulé de l’opération | XXX |
| N° de la convention | XXX |
| Nom et Prénom du salarié(e) | XXX |
| Poste occupé par le salarié(e) | XXX |
| Taux d’affectation sur l’opération | 100% |

J’atteste, [nom du responsable légal] responsable légal de la structure [nom de la structure], en tant que [Fonction], que Mme/M. [nom du salarié(e)] est affecté(e) en tant que [fonction] sur l’opération à hauteur de [nombre d’heures totales sur l’opération] soit 100% de son temps de travail, entre le [Début de la période de réalisation de l’opération] et le [Date de fin de la période de réalisation de l’opération], au titre de l’opération [nom de l’opération], pour effectuer les missions listées ci-dessous :

* […]
* […]
* […]
* […]
* […]
* […]
* […]
* […]
* […]

Fait le [Date] à [Lieu]

Signature du salarié(e) Signature du représentant de la structure