

Les informations sur fond bleu sont à produire OBLIGATOIREMENT AVANT L'EMBAUCHE sous peine de sanctions (art. L.320 et R.362-1 du code du travail)

A ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

N° SIRET

4 5 8 2 5 8 3 2 5 0 0 0 2 1

Code APE (NAF)

3 4 4 P

NOM, prénoms
ou DÉNOMINATION

M. Mme Mlle

E T S P E R R O N

Adresse de
l'établissement

25 Rue LAMARTINE

Adresse de
correspondance
(si différente de celle
de l'établissement)

7 5 0 1 8

PARIS

(Code postal)

(Commune)

(Code postal)

(Commune)

Numéro de Téléphone :

(Numéro de téléphone)

Numéro de Télécopie :

(Numéro de télécopie)

B FUTUR SALARIÉ

Nom de naissance

M. Mme Mlle **DEPREZ**

Nom marital :

Prénoms

Catherine

Sexe **F**

(M ou F)

N° Sécurité Sociale

(voir cadre d'immatriculation)

2 7 3 0 9 7 5 2 5 6 3 8 5

Clé

Date de naissance

1 5 0 9 1 9 7 3

Jour

Mois

Année

Nationalité

française

étrangère

laquelle :

Lieu de naissance

7 5

PARIS

Départ.

Commune (pour Paris, Lyon et Marseille précisez l'arrondissement)

Pays de naissance

Adresse du salarié

5 rue Emile ZOLA

Code postal

7 5 0 1 7

P A R I S

(Commune de résidence)

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE

0 1 0 1 2 0 0 6

Jour

Mois

Année

HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE

0 9 0 0

Heure

Minutes

C AUTRES ÉLÉMENTS SUR L'ENTREPRISE ET SUR L'EMPLOI

Service de
santé
au travail

(Code)

(la visite médicale
d'embauche est
obligatoire)

(nom et adresse)

ou service de santé
au travail
de l'entreprise

Effectif de l'établissement avant l'embauche :

(Effectif)

S'agit-il du premier salarié embauché dans votre établissement : Oui Non

Si oui, effectif de l'entreprise avant l'embauche :

(Effectif)

Activité principale exercée dans l'établissement :

VENTE ET PRESTATIONS DE SERVICES

Nature de l'emploi et qualification*

3 7

Durée de période d'essai (en jours)

9 0

Durée du travail (en heures)

hebdomadaire

(Durée)

OU mensuelle

(Durée)

OU annuelle

(Durée)

Contrat à Durée Indéterminée

ou Contrat à Durée Déterminée

Si CDD, date de fin de contrat

(Date)

D SI LE SALARIÉ N'A PAS DE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (DEMANDE D'IMMATRICULATION)

S'agit-il d'un agent titulaire (employeur occupant du personnel doté d'un statut fonction publique)

Oui Non

E EXONÉRATIONS DE COTISATIONS POUR L'EMBAUCHE D'UN SALARIÉ A TEMPS PARTIEL

IMPORTANT : cette exonération est soumise à certaines conditions ; lisez attentivement la notice explicative.

Situation du salarié avant l'embauche* 4

Salaire mensuel brut à l'embauche

(Salaire)

Je déclare appliquer l'abattement de cotisations patronales de Sécurité Sociale :

Oui Non

J'ai procédé à un licenciement économique dans les 12 mois précédant l'embauche :

Oui Non

Personne pouvant être contactée
dans l'entreprise

Téléphone

(Numéro de téléphone)

* Utilisez la codification figurant au verso

A PARIS

Le 2 6 0 2 2 0 0 6

Signature