URSSAF ASSEDIC DDTEFP — Embauche

Santé au Travail CRAM CPAM

Déclaration Unique d'Embauche

(sauf pour les salariés intérimaires)

Cette déclaration peut être effectuée par Internet ou par Minitel - demandez votre code confidentiel à votre URSSAF

cerfa N° 10563*04

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 : 35600000066284 — Code APE (NAF) :

NOM, prénoms ou DÉNOMINATION : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle LA POSTE

Adresse de l'établissement : 100 RUE MAURICE ARNOUX

92120 (Code postal) MONTROUGE (Commune)

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

(Code postal) (Commune)

Numéro de Téléphone : Numéro de Télécopie :

B FUTUR SALARIÉ

Nom de naissance : ☐ M. ☒ Mme ☐ Mlle SLAVBYULHB — Nom marital : SLAVBYULHB

Prénoms *(dans l'ordre de l'état civil)* : RDQDOCCO — Sexe : F (M ou F)

N° Sécurité Sociale *(voir carte d'immatriculation)* : Clé — Date de naissance : 02/03/1953 (Jour Mois Année)

Nationalité : ☒ française ☐ étrangère laquelle :

Lieu de naissance : 03 (Départ.) MAZIRAT (Commune (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement)) France (Pays de naissance)

Adresse du salarié : 2 U TNXFMX CGDBGL VMJBX -

Code postal : (Commune de résidence)

France

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE : 03/06/2019 (Jour Mois Année) — HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE : 09 00 (Heure Minutes)

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

Service de santé au travail *(la visite médicale d'embauche est obligatoire)* : (Code) (nom et adresse) ou ☐ service de santé au travail de l'entreprise

Effectif de l'établissement avant l'embauche :

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

Si oui, effectif de l'entreprise avant l'embauche : — Acivité principale exercée dans l'établissement : RESSOURCES HUMAIN 4B

Nature de l'emploi et qualification* : — Durée de la période d'essai *(en jours)* : 30

Durée du travail (en heures) : hebdomadaire 35 — OU mensuelle — OU annuelle

☐ Contrat à Durée Indéterminée ☒ ou Contrat à Durée Déterminée — Si CDD, date de la fin de contrat : 02/12/2020

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 EXONÉRATION DE COTISATIONS POUR L'EMBAUCHE D'UN SALARIÉ À TEMPS PARTIEL

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

Situation du salarié avant l'embauche* : — Salaire mensuel brut à l'embauche :

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 :

** Utilisez la codification figurant au verso*

A — Le — Signature

Modèle S 1227c

La Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme