URSSAF ASSEDIC CPAM — Services de Santé au Travail CRAM

Déclaration Unique d'Embauche

(sauf pour les salariés intérimaires)

cerfa N° en cours

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 : 7 3 2 8 2 9 3 2 0 0 0 0 1 7 — Code APE (NAF) : 2 6 8 C

NOM, prénoms ou DÉNOMINATION : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle — Société Exemple SA

Adresse de l'établissement : 11 rue de Cambrai

7 5 0 1 7 (Code postal) — PARIS (Commune)

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

(Code postal) — (Commune)

Numéro de Téléphone : 0 1 5 5 2 6 3 8 6 3 — Numéro de Télécopie : 0 1 5 5 2 6 3 3 3 1

B FUTURE SALARIÉ

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

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

N° Sécurité Sociale *(voir carte d'immatriculation)* : 1 7 6 0 4 7 5 0 0 1 2 3 3 6 5 (Clé) — Date de naissance : 1 8 0 4 1 9 7 6 (Jour Mois Année)

Nationalité : ☒ française ☐ étrangère laquelle :

Lieu de naissance : (Départ.) PARIS — Commune (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement) — FRANCE — Pays de naissance

Adresse du salarié : 14 rue des pivoines

Code postal : 9 3 2 2 0 — GAGNY (Commune de résidence)

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE : 0 1 (Jour) 0 1 (Mois) 2 0 0 4 (Année) — HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE : 0 0 (Heure) 0 0 (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 : — Activité principale exercée dans l'établissement : Editeur de logiciels

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

Situation du salarié avant l'embauche* :

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

☐ Contrat Nouvelles Embauches

☒ Contrat à Durée Indéterminée ☐ ou Contrat à Durée Déterminée Si CDD, date de la fin de contrat

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

** Utilisez la codification figurant au verso*

A PARIS Le 2 7 1 1 2 0 0 8 Signature

Modèle

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