

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur "public"

Nom et prénom ou dénomination :

SELARL CHIR DENT BD M LAUZE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N°: 78 Voie : BOULEVARD MIREILLE LAUZE

Complément :

Code postal : 13010

Commune : MARSEILLE

Téléphone : 0491798582

Courriel : eskenazirob@gmail.com

N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

477 892 665 00027

Type d'employeur :

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8623Z

Effectif total salariés de l'entreprise : 4

Code IDCC de la convention collective applicable : 1619

* Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) : FARRUGIO

Nom d'usage : FARRUGGIO

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : CARLA

NIR de l'apprenti(e) : 203061320804996

Adresse de l'apprenti(e) :

N°: 5 Voie: RUE FELIX

Complément :

Code postal : 13003

Commune : MARSEILLE

Téléphone : 0613561714

Courriel : farruggio.carla@outlook.fr

Date de naissance : 06/06/2003

Sexe: ☐ M ☒ F

Département de naissance : 13

Commune de naissance : MARSEILLE

Nationalité : 1 Régime social : 2

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

☐ Oui ☒ Non

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :

☐ Oui ☒ Non

Situation avant ce contrat :

Dernier diplôme ou titre préparé : 42

Dernière classe / année suivie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

BAC GÉNÉRAL :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :

☐ Oui ☒ Non

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Nom de naissance : ESKENAZI

Prénom : ROBERT

Date de naissance : 12/08/1949

Courriel : eskenazirob@gmail.com

Emploi occupé : Chirurgien - dentiste

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : doctorat

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : doctorat 3^{ème} 6

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : _____

NIR :

Courriel :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☒ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : 11		Type de dérogation : ____ à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :		
Date de conclusion : (Date et signature du présent contrat) 04/06/2024	Date de début d'exécution du contrat 04/06/2024	Date de début de formation pratique chez l'employeur : 04/06/2024
Si avenant, date d'effet : _____		
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 04/12/2025		Durée hebdomadaire du travail : 00 heures 00 minutes
Travail sur machine dangereuses ou exposition à des risques particuliers :		☐ Oui ☒ Non
Rémunération		* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)
1re année, du 06/06/2024 au 05/06/2025 : 90 % du SMIC ;		du ____ au ____ : ____ % du SMIC
2e année, du 06/06/2025 au 04/12/2025 : 90 % du SMIC ;		du ____ au ____ : ____ % du SMIC
3e année, du ____ au ____ : ____ % du SMIC ;		du ____ au ____ : ____ % du SMIC
4e année, du ____ au ____ : ____ % du SMIC ;		du ____ au ____ : ____ % du SMIC
Salaire brut mensuel à l'embauche : 1590€		Caisse de retraite complémentaire AG2R
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : ____ €/repas		Logement : ____ €/mois Autres : ____

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ Oui ☒ Non	Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49
Dénomination du CFA responsable : AFPPCD-IDF	Intitulé précis : TITRE ASSISTANT DENTAIRE
N° UAI du CFA : 0756095T	Code du diplôme : 46X33101
N° SIRET du CFA : 38380780700037	Code RNCP : 38144
Organisation de la formation en CFA :	
Adresse du CFA responsable : Adresse : N° 11 rue des Petites Écuries Voie : Complément : Code postal : 75010 Commune : PARIS	Date de début de formation en CFA : 11/06/2024
☒ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre	Date prévue de fin des épreuves ou examens : 04/12/2025
	Durée de la formation : 660 heures
	Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable Dénomination du lieu de formation principal : N° UAI N° SIRET Adresse du lieu de formation principal N° : ... Voie : Complément : Code postal : Commune :

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

☒ L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à Paris le 11/06/2024

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de
l'apprenti(e) mineur(e)**CADRE RÉSERVÉ A L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT**

Nom de l'organisme :	N° SIRET de l'organisme :
Date de réception du dossier complet :	Date de la décision :
N° de dépôt :	Numéro d'avenant :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14