

L'EMPLOYEUR

Dénomination ou Nom et prénom : SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :
N° 78 BD MIREILLE LAUZE
Complément :
Code postal : 13010 **Commune :** MARSEILLE
Nom et prénom du contact : SOLAL ELSA
Téléphone : 04.91.79.85.82
Courriel : gestion.centrecapelette@gmail.com
Caisse de retraite complémentaire : AG2R
Organisme de prévoyance (le cas échéant) :

Particulier-employeur : ☐ oui ☐ non
N° URSSAF du particulier-employeur :
N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :
84788263600016
Code NAF : 8623Z
Effectif salarié de l'entreprise : 7
Convention collective appliquée :
CABINETS DENTAIRES
Code IDCC : 1619

LE SALARIÉ

Nom et prénom :
BOUNOUAR YASMINE
Adresse : N° 173 CHEMIN DE ST MARTHE BAT B RES
Complément :
Code postal : 13014 **Commune :** MARSEILLE
Téléphone : 07.83.02.16.32
Courriel : yasmine.bounouar@outlook.fr

Date de naissance : 20/02/2000 **Sexe :** ☐ M ☒ F
Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☐ non
Inscrit à Pôle Emploi : ☐ oui ☒ non
Si oui, numéro d'inscription : **durée :**
Situation avant ce contrat : 3
Type de minimum social, si bénéficiaire :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 43

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur
Nom et prénom :
D. Naïf Raiss Jamila
Emploi occupé : Chirurgienne Dentiste
Date de naissance : 10.04.1985

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEC
Nom et prénom :
Emploi occupé :
Date de naissance :

LE CONTRAT

Nature du contrat de travail initial : ☐ CDI ☒ CDD ☐ AUTRE
Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :
ASSISTANT(E) DENTAIRE STAGIAIRE
Classification de l'emploi dans la convention collective :
Date de début du contrat ou date d'effet de l'avenant :
26/02/2022
Durée de la période d'essai : 30 jours
Durée hebdomadaire du travail : 35h
Salaire brut à l'embauche : 1395,16 € / mois (€ / heure pour un contrat de travail temporaire)

Type de contrat : 11
Niveau : 4.3 **Coefficient hiérarchique :** 141
Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI :
25/08/2022

LA FORMATION

Organisme de formation principal :
AFPPCD
Il s'agit d'un service de formation interne : ☐ oui ☐ non
☐ L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié.

N° SIRET de l'organisme de formation principal :
38380780700037
N° de déclaration d'activité de cet organisme : 11752138475
Nombre d'organismes de formation intervenant : 1

Type qualification visée : 1
Intitulé précis :
ASSISTANT(E) DENTAIRE
Spécialité de formation : 331
Durée totale des action d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : 597 heures
Dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : 343 heures
Date de début du cycle de formation : 01/04/2021

Diplôme ou titre visé : 49
Date prévue de fin des épreuves ou des examens : 25/08/2022

En application de l'article L.6325-3 du code du travail, l'employeur s'engage à assurer au titulaire du contrat une formation lui permettant d'acquérir une qualification professionnelle et à lui fournir un emploi en relation avec cet objectif pendant la durée du CDD ou de l'action de professionnalisation du CDI. Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.

Fait à Marseille le 17.02.2021.

Signature de l'employeur
CABINET DENTAIRE CAPELETTE
Chirurgiens-Dentistes
78 bd Mireille Lauze, 13010 Marseille
04 91 79 85 82

Signature du salarié

(Signature manuscrite)

OPCA AUQUEL EST ADRESSÉ LE DOSSIER COMPLET

Nom de l'OPCA :

N° d'adhérent de l'employeur à l'OPCA s'il existe :