



Contrat de professionnalisation

(art. L. 6325-1 à L. 6325-24 du code du travail)

(Lire ATTENTIVEMENT la notice du Cerfa avant de remplir ce document)

N° 12434*03



L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N°78 BD MIREILLE LAUZE

Complément :

Code postal : 13010

Commune : MARSEILLE

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 activité de l'entreprise (NAF) : 8623Z

Effectif salarié de l'entreprise : 7

Convention collective appliquée :

CABINETS DENTAIRES

Code IDCC : 1619

LE SALARIÉ

Nom du salarié :

GUIOCK

Prénom du salarié :

MARIE

Adresse du salarié :

N° 21 RUE DES CIGARIÈRES

Complément :

Code postal : 13003

Commune : MARSEILLE

Téléphone : 06.12.86.98.59

Courriel :

mguiock@gmail.com

NIR de l'apprenti(e) : 293079301023374

*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre de l'article L.6353-10 du code du travail

Date de naissance : 03/07/1993

Sexe : ☐ M ☒ F

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :

☐ oui ☒ non

Inscrit à Pôle Emploi : ☒ oui ☐ non

Si oui, numéro d'inscription : 8584669M

durée : mois

Situation avant ce contrat : *Défaillance d'emploi*

Type de minimum social, si bénéficiaire :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : *BEI Industries Graphiques*

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur

Nom : *ESKRENAZI SOLAL Elsa*

Prénom : *Elsa*

Emploi occupé : *Chirurgien - Dentiste*

Date de naissance : *18-06-1963*

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEIQ

Nom :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance :

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

LE CONTRAT

Nature du contrat :

Type de contrat : 11

☐ CDI ☒ CDD ☐ travail temporaire

Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :

AIDE DENTAIRE STAGIAIRE

Classification de l'emploi dans la convention collective :

Niveau : 4.2

Coefficient hiérarchique : 141

Durée de la période d'essai :
jours

Date de début d'exécution du
contrat : 17/01/2022

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du CDD ou de l'action
de professionnalisation si CDI :

16/01/2023

Durée hebdomadaire du travail :

Date de conclusion :
(date de signature du contrat)

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1603,15 €

(ou salaire brut horaire pour un contrat de travail temporaire)

LA FORMATION

Dénomination de l'organisme de formation principal :
AFPPCD

N° SIRET de l'organisme de formation principal :

38380780700037

Il s'agit d'un service de formation interne :

☐ oui ☒ non

N° de déclaration d'activité de cet organisme : 11752138475

Nombre d'organismes de formation intervenant : 1

☒ L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des
moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié.

Type qualification visée : 1

Diplôme ou titre visé : 49

Code RNCP : 15745

Intitulé précis :

AIDE DENTAIRE

Spécialité de formation : 331

Organisation de la formation :

Durée totale des action d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : 343 heures

Dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : 196 heures

Date de début du cycle de formation : 18/01/2023

Date prévue de fin des épreuves ou des examens : 16/01/2023

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

Signature de l'employeur

Signature du salarié

CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO :

N° d'Adhérent de l'employeur à l'OPCO s'il existe :

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