

ATTESTATION D'EMPLOYEUR DESTINÉE À Pôle emploi

A remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.).

Unédic

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :

- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la joignant à la demande d'allocations d'assurance chômage ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance.

1. l'employeur

CABINET DENTAIRE CAPELETTE

78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE

Téléphone : 04.91.79.85.82.

Statut juridique : Société d'exercice libéral par action

N° SIRET : 84788263600016

Code APE/NAF : 8623Z

N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, ...) :

N° 93700000206555977

Nom URSSAF de Provence Alpes Côte d'Azur

Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé :

7

Nombre total de salariés dans l'établissement au 31.12 écoulé :

7

ne rien inscrire dans ce cadre

EMPLOYEURS DU SECTEUR PUBLIC (Art. L. 5424-1 du C. du T.).

☐ Employeur en auto assurance

☐ Employeur ayant conclu une convention de gestion

N° de la convention de gestion

Code d'affectation

N° interne employeur public

☐ Employeur ayant adhéré à titre révocable

Date d'adhésion :

☐ Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Statut du salarié : ☐ stagiaire ☐ titulaire ☐ non titulaire

☐ Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

2. le salarié

☒ M^{me} ☐ M

Nom de famille (nom de naissance) : GUIOCK

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom(s) : MARIE

Adresse : 21 RUE DES CIGARIERES

Code postal : 13013 Commune : MARSEILLE

NIR (n° de Sécurité sociale) : 219307193010233714

Date de naissance : 03/07/1993

Lieu de naissance : BONDY

☒ Ressortissant français* ☐ Ressortissant UE* ☐ Ressortissant EEE* ☐ Ressortissant Suisse* ☐ Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification* : Employé qualifié 5/2 Statut cadre ou assimilé : ☐ oui ☒ non

*voir notice

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

☐ AGIRC

☒ ARRCO

☐ IRCANTEC

☐ CRPN

☐ CNBF

☐ Autres (précisez) :

(Pour les cadres ou assimilés affiliés à l'AGIRC et à l'ARRCO, les deux institutions doivent être renseignées).

Les données à caractère personnel collectées dans ce formulaire sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation d'aide au retour à l'emploi. Elles sont mises à disposition dans le dossier dématérialisé concernant le salarié, dénommé DUDE. Elles sont communiquées à d'autres organismes de protection sociale ou concourant à son reclassement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent auprès de Pôle Emploi. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte de ces données.

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du 11/7/01 au 21/02/22
- Date de fin initiale du CDD : _____
- Dernier emploi tenu : AIDE DENTAIRE SOUS CONTRAT DE PROFESSION Dernier lieu de travail : MARSEILLE Dépt. 13
- Ancienneté dans l'entreprise : ☒ moins d'1 an ☐ entre 1 an et moins de 2 ans ☐ au moins 2 ans
- Date d'engagement de la procédure de licenciement ou de notification de la démission ou de signature de la convention de rupture conventionnelle : _____
- Préavis : ☐ effectué : _____ du _____ au _____
☐ non effectué } ☐ payé : _____ du _____ au _____
☐ non payé : _____ du _____ au _____
(motif) : _____
- En cas d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale, indiquez la caisse (maladie ou vieillesse) : _____
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ☐ oui ☒ non
- Catégorie d'emploi particulier : ☐ intérimaire ☐ intermittent ☐ travailleur à domicile ☐ expatrié
☐ employé de maison ☐ assistante maternelle
☐ salarié en portage salarial ☐ autre : _____

```
(précisez)
```
- Horaire de travail :
- salarié au forfait ☐ oui ☐ non
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ hebdomadaire mensuel annuel
35.00 ou 151.67 ou 1 820.00
- du salarié : _____ 35.00 ou 151.67 ou 1 820.00
- motif en cas de différence : ☐ travail à temps partiel
☐ autre motif : _____

```
(précisez)
```
- Nature du contrat : ☐ contrat à durée indéterminée ☒ contrat à durée déterminée
- Contrat de type particulier : ☐ apprentissage ☒ professionnalisation ☐ CUI-CIE ☐ CUI-CAE ☐ contrat d'engagement éducatif
☐ emploi d'avenir ☐ autre : _____

```
(précisez)
```
- Périodes de suspension du contrat de travail :
☐ Congé sabbatique _____ du _____ au _____
☐ Congé sans solde et assimilé _____ du _____ au _____
☐ Période de disponibilité des trois fonctions publiques _____ du _____ au _____
- Statut particulier : ☐ gérant ☐ administrateur/PDG/DG ☐ Mbre/Pdt du Directoire
☐ Mbre du Cons. de surveillance ☐ Pdt d'une association ☐ Mbre d'un GIE ☐ Associé/actionnaire
☐ autre : _____

```
(précisez)
```

5. motif de la rupture du contrat de travail

- 11 ☐ licenciement suite à redressement ou liquidation judiciaire
- 12 ☐ licenciement suite à fermeture définitive de l'établissement
- 14 ☐ licenciement pour motif économique
- 15 ☐ licenciement pour fin de chantier
- 20 ☐ licenciement pour autre motif,

```
(précisez) :
```
- 25 ☐ autre rupture pour raison économique
(Art. L. 1233-3 al.2 du C. du T.)
- 31 ☐ fin de contrat à durée déterminée
- 32 ☐ fin de mission d'intérim
- 81 ☐ fin de contrat d'apprentissage
- 50 ☐ rupture anticipée du CDD pour inaptitude constatée par le médecin du travail
- 95 ☐ rupture anticipée du CDD pour faute grave
- 82 ☐ résiliation judiciaire du contrat
- 83 ☐ rupture pour force majeure ou fait du prince
- 84 ☐ rupture d'un commun accord d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage
- 34 ☐ fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur
- 35 ☒ fin de période d'essai à l'initiative du salarié
- 36 ☐ rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative de l'employeur
- 37 ☐ rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative du salarié
- 38 ☐ mise à la retraite par l'employeur
- 39 ☐ départ à la retraite à l'initiative du salarié
- 59 ☐ démission (motif) : _____
- 88 ☐ rupture conventionnelle
(Art. L. 1237-11 du C. du T.)
- 60 ☐ autre motif :

```
(précisez) :
```

Salarié licencié à l'âge de 55 ans ou plus

Si une convention FNE a été conclue par l'entreprise, l'intéressé a-t-il refusé la proposition d'adhérer à la convention ?

10 ☐ oui 21 ☐ non

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé et payé.
(Ex : dernier jour travaillé et payé : le 25/11/2017, indiquez les salaires du 01/11/2016 au 31/10/2017).

1 6 0 2 2 0 2 2

6.2 primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

Primes ou indemnités à périodicité liées à l'activité du salarié

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

Liste complète des primes

www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire.

6.3 sommes versées à l'occasion de la rupture (solde de tout compte)

salaire (versé après le dernier mois civil mentionné au cadre 6.1)

Période du	au	Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)
01/02/2022	16/02/2022	16/02/2022	84.00	887.88	

**indemnité compensatrice
de préavis**

Montant : _____ | EUR

**indemnité compensatrice
de congés payés**

Montant : _____ | 170.18 | EUR

L'indemnité est-elle due par une caisse professionnelle ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez laquelle : _____

et précisez le nombre de jours ouvrables _____ | 3.00 |

**total des sommes ou indemnités légales, conventionnelles
ou transactionnelles inhérentes à la rupture**

• Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) : _____ | EUR

dont indemnités : _____ | EUR

☐ légale de licenciement _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)

☐ minimale de rupture conventionnelle _____
(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement

☐ de fin de contrat à durée déterminée _____

☐ de fin de mission _____

☐ de départ à la retraite _____

☐ spéciale de licenciement _____

☐ spécifique de licenciement _____
(Art. L. 1235-15 du C. du T.)

☐ due aux journalistes _____

☐ légale de clientèle _____

☐ légale due au personnel

navigant de l'aviation civile _____

☐ versée à l'apprenti en application de

l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____

☐ due en raison d'un sinistre _____

☐ autres indemnités légales _____

• Montant correspondant aux indemnités conventionnelles (convention collective) : _____ | EUR

• Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) : _____ | EUR

Une transaction est-elle en cours ? ☐ oui* ☒ non

*Si d'autres sommes sont versées après l'établissement de cette attestation, vous devez les déclarer à Pôle emploi.

7. avance du régime de garantie des salaires

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire, une avance de l'AGS :

a-t-elle été perçue ? ☐ oui Pour quelles créances : _____

☒ non Motif : _____

est-elle à percevoir ? ☐ oui Pour quelles créances : _____

☒ non Motif : _____

8. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : SOLAL _____ (prénom) : ELSA _____

agissant en qualité de :

☒ chef d'entreprise ☐ directeur ☐ comptable ☐ mandataire liquidateur

☐ gérant ☐ chef du personnel ☐ administrateur judiciaire ☐ autre : _____

(précisez)

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, le motif de la rupture du contrat de travail qui est, je le rappelle, le suivant : fin de période d'essai à l'initiative du salarié.

En cas de rupture conventionnelle, atteste n'avoir pas reçu de refus d'homologation de la convention de la part de la Direccte ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À MARSEILLE _____ le 12/02/2022

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation :

SOLAL ELSA _____

Téléphone : 04 91 17 98 58 12

Cachet de l'entreprise

CABINET DENTAIRE CAPELETTE
Chirurgiens-Dentistes
78 bd Mireille Lauze, 13010 Marseille
04 91 79 85 82
13 4 04873 5 00 1 20 1 19