

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.

Attestation éditée automatiquement par Pôle emploi le 04/09/2020 10:29. N° d'ordre 3112

Logiciel utilisé : SILAEXPERT - Norme - version V01X13 reconstituée à partir des déclarations DSN

1. l'employeur

SELARL CHIRUGIEN DENTISTES DU BD M LAUZE
78 BD MIREILLE LAUZE

13010 MARSEILLE

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 47789268500027

Code APE/NAF : 8623Z

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

N°

Nom

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

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

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

☐ Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Date d'adhésion :

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) : AYACHE

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom(s) : Eythan

Adresse : 136 Rue Esteve Haut

Code postal : 831140 Commune : SIX FOURS LES PLAGES

NIR (n° de Sécurité sociale) : 1971183126159

Date de naissance : 23/11/1997

Lieu de naissance : LA SEYNE SUR MER

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

Niveau de qualification* : employé administratif d'entreprise, de commerce, agent de service

☐

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.

1971183126159, AYACHE Eythan

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du 28/07/2020 au 31/08/2020
- Date de fin initiale du CDD : _____ 31/08/2020
- Dernier emploi tenu : Assistante dentaire Dernier lieu de travail : _____ 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 : (en heures)
- salarié au forfait ☐ oui ☒ non hebdomadaire mensuel annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ ou 151.67 ou _____
- du salarié : _____ ou 151.67 ou _____
- 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 ou d'opération
- 20 ☐ licenciement pour autre motif,
(précisez) : _____
- 25 ☐ autre rupture pour raison économique
(Art. L. 1233-3 dernier alinéa 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
☐ rupture conventionnelle collective
☐ rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité
☐ rupture dans le cadre d'un accord de performance collective
☐ licenciement du collaborateur parlementaire
(Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1339 du 15 septembre 2017)
- 60 ☐ autre motif : (précisez) : _____

1971183126159, AYACHE Eythan

6.1 salaires des 12 mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé

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).

Dernier jour travaillé payé :

3	1	0	8	2	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible]

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

ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés doivent figurer dans la rubrique 6.3.

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

[illegible]

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

Nature des primes ou indemnités (prime de transfert, prime de bilan...).	Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

POUR S'INSCRIRE OU SE RÉINSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI,
LE SALARIÉE EFFECTUE SA DEMANDE D'INSCRIPTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE
www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire.

1971183126159, AYACHE Eythan

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)

indemnité compensatrice
de préavis

Montant : _____ EUR

indemnité compensatrice
de congés payés

Montant : _____ 122,88 EUR

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

Si oui, précisez laquelle : _____

et précisez le nombre de jours ouvrables _____

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

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

dont indemnités :

- ☐ 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 _____
(Art. L. 1235-15 du C. du T.)
- ☐ 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) : _____ (prénom) : _____

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 contrat à durée déterminée ou fin d'accueil occasionnel

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 _____ le _____

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation : _____

Téléphone : _____

Cachet de l'entreprise

Docteur Eskenazi Robert
19-Chirurgien Dentiste C
76, Bd Mireille Lauze 13010
Marseille Tel: 04.91.79.85.82
F: 13 40 20 55 1 - 0 1 20 1