

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.).

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

- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la téléchargeant sur son espace personnel, si, au terme de sa demande d'allocations dématérialisée, il lui est demandé de la transmettre à Pôle emploi (pour s'inscrire ou se réinscrire comme demandeur d'emploi, le salarié effectuera sa demande sur le site internet de Pôle emploi : www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire) ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance.

Unédic

Attestation éditée automatiquement par Openpaye en doublon de la DSN fin de contrat.

1. l'employeur

PSP PARIS EST
188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE
94130 Nogent-sur-Marne

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 85033025900019

Code APE/NAF : 9499Z

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

N° 1171565761457

Nom PSP PARIS EST

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) : GRELAT

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : GRELAT

Prénom (s) : Valerie

Adresse : 119 rue de l'ouest, Paris-14e-Arrondissement, FR: France

Code postal : 75014 Commune :

NIR (n° de Sécurité sociale) : 266031827906317

Date de naissance : 01/03/1966 Lieu de naissance :

R ressortissant français* R ressortissant UE* R ressortissant EEE* R ressortissant Suisse* R ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification* : Employé qualifié

Statut cadre ou assimilé : oui non

*voir notice

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

Régime AGIRC-ARRCO

CRPN

Autres (précisez) :

IRCANTEC

CNBF

• 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

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 ||||||| au |||||||

 - Ancienneté dans l'entreprise : moins d'1 an entre 1 an et moins de 2 ans au moins 2 ans

 - Date de fin initiale du CDD (à préciser obligatoirement si la date de rupture du contrat est antérieure à la date fixée initialement) : _____ |||||||

 - 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) :

 - Périodes de suspension du contrat de travail :
 - Congé sabbatique _____ du ||||||| au |||||||
 - Congé sans solde et assimilé d'une durée d'un mois civil et plus _____ du ||||||| au |||||||
 - Période de disponibilité des trois fonctions publiques _____ du ||||||| au |||||||
 - Autre période d'emploi ni rémunérée ni indemnisée _____ du ||||||| au |||||||

 - Périodes d'absence du salarié au cours des 25 derniers mois de salaire ou 37 derniers mois si le salarié a 53 ans et plus :
 - Arrêt maladie : _____ du ||||||| au |||||||
 - _____ du ||||||| au ||||||||
 - _____ du ||||||| au |||||||
 - _____ du ||||||| au |||||||
 - _____ du ||||||| au |||||||
 - _____ du ||||||| au |||||||

 - Congé maternité _____ du ||||||| au |||||||
 - Congé paternité _____ du ||||||| au |||||||
 - Congé d'adoption _____ du ||||||| au |||||||
 - Congés payés pris et financés par une caisse professionnelle : _____ du ||||||| au |||||||
 - _____ du ||||||| au |||||||
-
- Activité partielle _____ du ||||||| au |||||||
- _____ du ||||||| au |||||||
-
- 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)
-
- Dernier emploi tenu : Assistante commerciale..... Dernier lieu de travail (pays) : France..... Dépt. ||

4. emploi (suite)

- Catégorie d'emploi particulier : travailleur à domicile employé de maison assistante maternelle
 autre :
(précisez)

- 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)

- Horaire de travail :
- salarié au forfait oui non — Précisez : convention de forfait en heures convention de forfait en jours

	hebdomadaire		mensuel		annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : —		ou	151.67	ou	
- du salarié : _____		ou	112.67	ou	

- motif en cas de différence : travail à temps partiel
 autre motif :
(précisez)

5. motif de la rupture du contrat de travail

- | | |
|--|---|
| <p>11 <input type="checkbox"/> licenciement suite à redressement ou liquidation judiciaire</p> <p>12 <input type="checkbox"/> licenciement suite à fermeture définitive de l'établissement</p> <p>14 <input type="checkbox"/> licenciement pour motif économique</p> <p>15 <input type="checkbox"/> licenciement pour fin de chantier ou d'opération</p> <p>20 <input type="checkbox"/> licenciement pour autre motif :
 <small>(précisez)</small></p> <p>25 <input type="checkbox"/> autre rupture pour raison économique (Art. L. 1233-3 dernier alinéa du C. du T.)</p> <p>31 <input checked="" type="checkbox"/> fin de contrat à durée déterminée</p> <p>32 <input type="checkbox"/> fin de mission d'intérim</p> <p>81 <input type="checkbox"/> fin de contrat d'apprentissage</p> <p>33 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un CDD ou d'un contrat de mission en cas d'inaptitude physique constatée par le médecin du travail</p> <p>95 <input type="checkbox"/> rupture anticipée du CDD pour faute grave</p> <p>82 <input type="checkbox"/> résiliation judiciaire du contrat</p> <p>83 <input type="checkbox"/> rupture pour force majeure ou fait du prince</p> <p>84 <input type="checkbox"/> rupture d'un commun accord d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage</p> | <p>34 <input type="checkbox"/> fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur</p> <p>35 <input type="checkbox"/> fin de période d'essai à l'initiative du salarié</p> <p>36 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative de l'employeur</p> <p>37 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative du salarié</p> <p>38 <input type="checkbox"/> mise à la retraite par l'employeur</p> <p>39 <input type="checkbox"/> départ à la retraite à l'initiative du salarié</p> <p>59 <input type="checkbox"/> démission</p> <p>43 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle</p> <p>110 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle collective</p> <p><input type="checkbox"/> rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité</p> <p>111 <input type="checkbox"/> rupture dans le cadre d'un accord de performance collective</p> <p>115 <input type="checkbox"/> licenciement du collaborateur parlementaire (Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1339 du 15 septembre 2017)</p> <p><input type="checkbox"/> rupture conventionnelle (fonction publique)</p> <p><input type="checkbox"/> démission avec versement d'une indemnité de départ volontaire</p> <p>60 <input type="checkbox"/> autre motif :
 <small>(précisez)</small></p> |
|--|---|

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		Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage
du	au	2	3	4	5
01/03/2022	31/03/2022	31/03/2022			0

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ | 0 _____ | 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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> légale de licenciement _____ 0 _____
<i>(Art. L. 1234-9 du C. du T.)</i> | <input type="checkbox"/> spéciale de licenciement _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> minimale de rupture conventionnelle _____ 0 _____
<i>(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement</i> | <input type="checkbox"/> spécifique de licenciement _____ _____
<i>(Art. L. 1235-15 du C. du T.)</i> |
| <input type="checkbox"/> de fin de contrat à durée déterminée _____ 0 _____ | <input type="checkbox"/> due aux journalistes _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> de fin de mission _____ _____ | <input type="checkbox"/> légale de clientèle _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> de départ à la retraite _____ _____ | <input type="checkbox"/> légale due au personnel navigant de l'aviation civile _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> due en raison d'un sinistre _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> compensatrice de compte épargne temps (CET) _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> autres indemnités légales _____ _____ |

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

• Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) : _____ | 0 _____ | 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) : REVELLAT Evelyne (prénom) : _____

agissant en qualité de :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> directeur | <input type="checkbox"/> comptable | <input type="checkbox"/> mandataire liquidateur |
| <input type="checkbox"/> gérant | <input type="checkbox"/> chef du personnel | <input type="checkbox"/> administrateur judiciaire | <input checked="" type="checkbox"/> autre : _____
<i>(précisez)</i> |

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 Nogent-sur-Marne le 31 | 03 | 20 | 22

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation :

REVELLAT Evelyne

Téléphone : 06 | 83 | 15 | 70 | 14

Cachet de l'entreprise

Pôle Santé Pluridisciplinaire Paris Est
188 Gde rue Charles de Gaulle
94130 Nogent sur Marne
Association N° W942006769