**CONGÉS INTEMPÉRIES BTP**
**Caisse de la Région de Paris**
22, rue de Dantzig
**75756 PARIS CEDEX 15**

02 Cerfrt. 2011

Voir informations au verso de l'exemplaire blanc

N° de Sécurité Sociale du Salarié | clé | N° Département Caisse S.S. | Date de Naissance | Département ou Pays de Naissance

▲ Commune du Lieu de Naissance
▼ Nationalité

NOM

Prénoms | Nom de Naissance

DOMICILE HABITUEL

CODE POSTAL | LOCALITÉ

MÉTIER INDIVIDUEL

QUALIFICATION

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CADRES | ING | IAC non Ing | | |
| ETAM | CC | ETAM | | |
| OUVRIERS | OE1 | OE2 | OP | OP1 |
| | CP2 | MO1 | CE1 | MO2 | CE2 |

**DEMANDE DE CONGE pour l'année :** 2011

A ne remplir qu'en cas de changement de nom (mariage, divorce) et/ou d'adresse de règlement si ces éléments diffèrent de ceux indiqués ci-contre.

NOM

PRENOMS | Nom de Jeune Fille

ADRESSE DU REGLEMENT

CODE POSTAL | COMMUNE DE TRI

| Nombre d'années d'ancienneté | | Caisse de Retraite Complémentaire * | | | Rémunéré à la Tâche * | Abattement 10 % * | Cochez si ne Cotise pas aux ASSEDIC | Apprenti * |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dans l'entreprise au 31 Mars | Dans la Profession | CADRES | ETAM | OUVRIERS | | | | |
| | | | | | | | | |

**Les congés sont payés par virement** (bancaire ou postal).
. si c'est la 1ère fois que vous êtes payé par la Caisse, ou
. si vous avez changé de compte depuis le dernier règlement
→ Joignez un RIB - original -

Période du ... au ...

HORAIRE DU SALARIÉ — Mensuel ou Hebdomadaire — Heures / Heures

NOMBRE ENTIER D'HEURES (OUVRIERS) DE MOIS JOURS (I.A.C. ETAM)

TRAVAIL PAYÉ
ACCIDENT DU TRAVAIL
ACCIDENT DE TRAJET
MALADIE PROFESSIONNELLE
MATERNITÉ
INTEMPÉRIES Nombre total d'heures indemnisées
MALADIE NON PROFESSIONNELLE

SALAIRE TOTAL BRUT ACQUIS AU COURS DE LA PÉRIODE non compris :
- indemnités de Sécurité Sociale pour :
  . maladie professionnelle ou non,
  . accident du travail,
  . accident de trajet,
- indemnités intempéries

118 Euros

MONTANT DES INDEMNITÉS INTEMPÉRIES — Euros

TAUX HORAIRE MOYEN (Ouvriers) — Euros — Cent.

ou SALAIRE MENSUEL (IAC ETAM) de la dernière paye complète et normale précédant le congé. — Euros — Cent.

DÉPART DÉFINITIF DE L'ENTREPRISE LE ... pour

| Licenciement * | Démission * | Fin de CDD * | Retraite * | Décès * |
|---|---|---|---|---|
| | | X | | |

CERTIFICAT DÉLIVRÉ LE

L'EMPLOYEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE QUE LE SALARIÉ, BÉNÉFICIERA D'UN CONGÉ AUX DATES SUIVANTES :

Au cours de cette absence les droits ci-dessous seront utilisés *

| Nb de jours ouvrables | du 1er jour ouvrable du congé | au dernier jour ouvrable | congé principal | 5e semaine | Ancienneté (IAC ETAM) | jours suppl. pour fractionnement |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

* (cocher les cases correspondantes)

Ent. G de CASALIGGI Michel
Éléments certifiés exacts
Signature et cachet de l'entreprise
rue des Tournanfis - 94360 SRY-SUR-MARN
☎ : 47 06 50 56 - Fax : 45 16 38 17

Signature du salarié :

N° ADHERENT :
Si différent de celui indiqué ci-contre.

DATE :
Signature et cachet :

**Exemplaire à envoyer PAR LE SALARIÉ à la Caisse au plus tard 1 mois avant le 1er départ en congé**

* Si oui, cochez la case d'une croix X.