À remplir par l'employeur et à joindre par le salarié à la demande d'allocations de sécurisation professionnelle.

Unédic

CSP Contrat de Sécurisation Professionnelle

ATTESTATION EMPLOYEUR

➜ FICHE 3

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 L'employeur

Établissement employeur : _____

Adresse : _____

S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal : _____

_____

Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Statut juridique : _____

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code APE/NAF : |__|__|__|__|__|

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'établissement employeur au 31.12 écoulé : |_____|

En cas d'établissements multiples,
Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : |_____|

|__| ne rien inscrire dans ce cadre

2 Le salarié

❑ M. ❑ Mme

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

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

Adresse : _____

_____ Code postal : |__|__|__|__|__|

N° Sécurité sociale (NIR) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| clé Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ? . . . . . ❑ OUI ❑ NON

Si oui, lequel ? (conjoint, enfant, etc.) : _____

Niveau de qualification : _____ |__|__| (code : voir notice) Statut cadre ou assimilé : ❑ OUI ❑ NON

3 Caisses de retraite complémentaire du salarié

Sigle, nom et adresse des institutions de retraite

ARRCO : _____

AGIRC : _____

Autres : _____

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

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du directeur de Pôle emploi, d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

Unédic - DAJ 544 CSP 2015 - février - agence m-crea.fr - Tous droits réservés

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

4 Emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- Dernier emploi tenu : _____
- Date de l'engagement de la procédure de licenciement : _____ |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- En cas d'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale, indiquez la caisse : _____ et le numéro d'affiliation : _____
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ..... ❑ OUI ❑ NON
- Catégorie d'emploi particulier :
  ❑ travailleur à domicile ❑ expatrié ❑ détaché à l'étranger ❑ autre : _____ (précisez)
- Horaire de travail : *hebdomadaire* *annuel*
  - dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : |_____| |_____|
  - du salarié : |_____| |_____|
  - motif en cas de différence : ❑ travail à temps partiel
    ❑ autre motif _____ (précisez)
- Contrat de type particulier : ❑ professionnalisation ❑ CUI-CIE
  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)

5 Motif de la rupture du contrat de travail

❑ Rupture pour motif économique dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle.

Salarié licencié à l'âge de 55 ans ou plus :

Si une convention FNE a été conclue par l'entreprise, l'intéressé(e) a-t-il(elle) refusé la proposition d'adhérer à la convention ? ❑ OUI ❑ NON

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

6.1 salaires des 12 derniers mois civils complets

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé payé
(Ex : dernier jour travaillé payé : le 25/02/2015, indiquez les salaires du 01/02/2014 au 31/01/2015).

Dernier jour travaillé payé : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Période de paie du	au	Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	Nb de jours n'ayant pas été intégralement payés	Salaire mensuel brut	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1		2	3	4	5	6	7

6.2 Salaire versé après le dernier mois civil indiqué au cadre ci-dessus

Période du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Salaire brut : |_____| €

6.3 Primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

Période couverte par l'indemnité ou la prime du	au	Date de paiement	Nature de la prime ou indemnité (13e mois, prime de bilan, prime exceptionnelle...) ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés ne doivent pas figurer ici.	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

7 Avance du régime de garantie des créances des salariés (AGS)

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 Participation au financement du contrat de sécurisation professionnelle

Contribution au financement de l'allocation de sécurisation professionnelle (pour les salariés justifiant de 1 an ou plus d'ancienneté dans l'entreprise)

- Montant correspondant à l'indemnité conventionnelle ou contractuelle de préavis (charges sociales, patronales et salariales comprises), dans la limite de trois mois, qui aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté le contrat de sécurisation professionnelle : ..... |_____| €

- Durée de préavis pour lequel une indemnité conventionnelle ou contractuelle* aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté le CSP :

❑ 1 mois ❑ 2 mois ❑ 3 mois ❑ Autre (précisez) : _____

Cette somme est exigible le 25 du 2e mois civil suivant la fin du contrat de travail du salarié.

*Si vous n'êtes pas soumis à une convention collective, il convient de prendre en compte le préavis légal.

9 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.

À _____

le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature

Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation : _____ Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Unédic pôle emploi UNION EUROPÉENNE FONDS SOCIAL EUROPÉEN l'Europe s'engage en France