

**Ce document n'est pas un accusé de réception et ne justifie pas de l'envoi de votre DPAE**

**Les informations suivies d'un astérisque sont à produire OBLIGATOIREMENT**

**Etablissement employeur**

N° Siret	50076294300024	Code Naf (APE) *	5911C
Nom, prénom ou dénomination *	TES IN TES BAT		
Adresse de l'établissement *	MAISON DES ASSOCIATIONS		
	3 BD DES LICES		
	13200	ARLES	
	(Code Postal)	(Commune)	
Urssaf de	URSSAF PROVENCE-ALPES-COTE D AZUR 937		
Téléphone			

**Futur salarié**

Nom de naissance *	DUPONT		
Nom marital			
Prénoms *	CAPUCINE	Sexe *	Féminin
Date de naissance *	18	/	12 / 1979
Lieu de naissance *	06	NICE	
	Dépt.	Commune ou pays (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement)	

Numéro de sécurité sociale \* 2791206088264

*En l'absence du Numéro de Sécurité sociale, une demande d'immatriculation du futur salarié sera transmise à la CPAM. Si vous ne connaissez pas le numéro complet, merci de ne rien indiquer.*

**Contrat**

Contrat : \*

<input checked="" type="checkbox"/>	Contrat à Durée Indéterminée			
<input type="checkbox"/>	Contrat Travail Temporaire			
<input type="checkbox"/>	Contrat à Durée Déterminée	Si CDD, date de fin de contrat		/ /
Date prévisible d'embauche *	29	/	6	/ 2015
		Heure prévisible d'embauche *	08	: 00
Durée de la période d'essai (en jours)				
Service de santé au travail	MEDECINE INTERNE ETABLISSEMENT			
	MEDECINE INTERNE ETABLISSEMENT 00000 SANS			