

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 : le salarié joindra lui-même un exemplaire de cette attestation à la demande d'allocations d'assurance chômage qui lui sera adressée, s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi (voir bas de la page 3). IL NE DOIT EN AUCUN CAS LA RETOURNER SEULE.

Attestation éditée automatiquement par Pôle emploi le 24/07/2015 16:47. N° d'ordre 12

Logiciel utilisé : sPAIEctacle - Norme - version V01X09

1. l'employeur

TES IN TES BAT

Maison des associations

13200 ARLES

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 50076294300024

Code APE/NAF : 5911C

N° d'affiliation à Pôle emploi (anc' Assédic) ou à l'organisme ayant recouvert les cotisations d'assurance chômage :
[En cas de paiement groupé des cotisations, indiquez le n° d'affiliation à l'Assédic (ou au pôle Emploi) de recouvrement]

Pôle emploi (anc' Assédic) de

Garp (Pôle emploi services)

Autre (précisez)

N°

(CMSA, URSSAF, CCVRP, organisme centraliseur des paies dans chaque port pour les dockers)

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

2

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 analytique

Adhésion aux régimes

particuliers pour les

emplois "aidés"

(CES, apprentis, emplois

jeunes, etc.)

Employeur ayant adhéré à titre révocable

Date d'adhésion :

Statut du salarié : stagiaire titulaire non titulaire

2. le salarié

M Mme Mlle

Nom de naissance : LEVEQUE Prénom : Michael

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Adresse : 835 Chemin du Mas Mayan

NIMES

Code postal : 30900

NIR : 1790142187124

Date de naissance : 23011979

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 : employé administratif d'entreprise, de commerce, agent de service Statut cadre ou assimilé : oui non

(code : voir notice)

3. caisses de retraite complémentaire du salarié

Sigle, nom et adresse des institutions de retraite

ARRCO : Retraite complémentaire Arrco

AGIRC :

Autres :

(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.

1790142187124, LEVEQUE Michael

7.3 sommes versées à l'occasion de la rupture (solde de tout compte)

salaire

(versé après le dernier mois civil mentionné au cadre 7.1)

Période du au		Date de paiement	Nb. d'heures travaillées	Salaire brut	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)
09/07/2015	10/07/2015	10/07/2015	16,00	153,76	

indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____ | EUR

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ | 16,91 | EUR

Jours ouvrables : _____

Indemnité due par une caisse professionnelle

(précisez laquelle) : _____

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

_____ | 15,38 | EUR

• Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) : _____ | 15,38 | EUR
dont indemnités :

légale de licenciement _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)

spéciale de licenciement _____

spécifique de licenciement _____

minimale de rupture conventionnelle _____
(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement)

(Art. L. 1235-15 du C. du T.)

due aux journalistes _____

de fin de contrat à durée déterminée _____ | 15,38 |

légale de clientèle _____

légale due au personnel navigant de l'aviation civile _____

de fin de mission _____

versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____

de départ à la retraite _____

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.

8. 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 : _____

9. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : LEFEVRE-BALLEYDIER (prénom) : ANNE

agissant en qualité de :

chef d'entreprise directeur comptable mandataire liquidateur

gérant chef du personnel administrateur judiciaire autre : PRESIDENTE (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 DDTEFP ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

A ARLES le 24 | 07 | 2015

Signature

Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation :

KAMIL

Téléphone : _____