

1 ATTESTATION (AEM) MOIS DE **7** **2015** ATTESTATION N° **I 0 0 5 2 4 8 7 1 9** 49

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NÉGATIVE → Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le N° de L' ATTESTATION INITIALE

2 EMPLOYEUR

N° SIRET **50076294300024** Code APE/NAF **5 9 1 1 C** N° d'affiliation au centre de recouvrement **8 0 3 1 6 9 1 7**

Raison sociale ou nom **LES AMIS DE T E S I N T E S B A**

Code postal **1 3 2 0 0** Commune **ARLES** Téléphone **6 8 6 8 6 1 2 1 9**

Licence de spectacle **OUI** N° **NON** Courriel **tntb.net@free.fr**

Entreprise titulaire du label «prestataire de service du spectacle vivant» **OUI** N° du label **NON** N° d'affiliation à la caisse des congés spectacles **OUI** **0 1 7 0 7 0 0 1 N** **NON**

3 SALARIÉ

Nom de naissance **N I Z A R D** Prénom **D A V I D A N G E L O**

NIR **1 7 7 0 2 8 3 1 2 6 0 2 5 5 7** Date de naissance **0 5 / 0 2 / 1 9 7 7**

Adresse **2 1 B d d u m i d i**

Code Postal **8 4 0 0 0** Commune **A v i g n o n**

Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ? **OUI** **NON** Si oui, lequel ? (Conjoint, Enfant, etc.)

4 PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé **R é g i s s e u r s o n**

Régime de retraite complémentaire **A u d i e n s** Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier

(Date d'embauche) **1 1 / 0 7 / 2 0 1 5** → Contrat en cours Sinon →

■ Date de fin du contrat de travail **1 1 / 0 7 / 2 0 1 5**

■ Motif de cessation du contrat de travail

— Fin de contrat de travail à durée déterminée

— Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur ou du salarié

Nombre d'heures effectuées **0 1 0** et/ou Nombre de cachets* **0 1** Dans tous les cas Nombre de jours travaillés **0 1**

* Uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)

Numéro d'objet **1 5 2 Z 6 7 8 6 7 1 1 1**

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES AU COURS DU MOIS

SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels 0 0 1 0 0 , 0 0	SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels 0 0 1 0 0 , 0 0	TAUX 1 2 , 8 0 %	CONTRIBUTIONS DUES = 0 0 1 3 , 0 0
AUTRES RÉMUNÉRATIONS + 0 0 0 0 0 , 0 0	×	0 0 , 0 0 %	= 0 0 0 0 , 0 0
TOTAL			= 0 0 1 3 , 0 0

(Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale) Inscrive le taux en vigueur

5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom **Lefevre Balleydier** Prénom **Anne**

agissant en qualité de **Présidente**

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, en cas de cessation du contrat que le motif de la rupture est le suivant **Fin de Cdd**

Fait à **Arles** le **2 7 / 0 7 / 2 0 1 5**

Personne à joindre concernant cette attestation

Signature de l'employeur ou de son représentant

LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE AUX FICHIERS, À L'INFORMATIQUE ET AUX LIBERTÉS. (voir au verso)

D.A.J. 110/LAD 10/09