

**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                      | 92031181800016               | Code Naf (APE) * | 6202A |
| Nom, prénom ou dénomination * | HIGHSKILL                    |                  |       |
| Adresse de l'établissement *  | 66 AVENUE DES CHAMPS ELYSEES |                  |       |
|                               | 75008                        | PARIS 08         |       |
|                               | (Code Postal)                | (Commune)        |       |
| Urssaf de                     | URSSAF ILE DE FRANCE 117     |                  |       |
| Téléphone                     | 0685530120                   |                  |       |

**Futur salarié**

|                              |                 |   |           |
|------------------------------|-----------------|---|-----------|
| Nom de naissance *           | CHACHIL         |   |           |
| Nom marital                  |                 |   |           |
| Prénoms *                    | JAMAL           | Sexe *  | Masculin  |
| Date de naissance *          | 29              | /   | 10 / 1979 |
| Lieu de naissance *          | 99              | Tendrara - Maroc  |           |
|                              | Dépt.           | Commune ou pays (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement) |           |
| Numéro de sécurité sociale * | 179109938015553 |   |           |

*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 *           | 8                            | /                              | 12 | / 2022 |
|  |                              | Heure prévisible d'embauche *  | 08 | : 00   |
| Durée de la période d'essai (en jours) |                              |                                |    |        |
| Service de santé au travail            | 183 - CMSM                   |                                |    |        |
| 8 RUE MONTESQUIEU . 75001 PARIS        |                              |                                |    |        |