

ATTESTATION D'EMPLOYEUR DESTINÉE À Pôle emploi

À remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.).

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :
- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la téléchargeant sur son espace personnel, si, au terme de sa demande d'allocations dématérialisée, il lui est demandé de la transmettre à Pôle emploi (pour s'inscrire ou se réinscrire comme demandeur d'emploi, le salarié effectuera sa demande sur le site internet de Pôle emploi : www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire) ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance.

Unédic

1. l'employeur

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET :

Code APE/NAF :

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

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

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 Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

N° de la convention de gestion :

Code d'affectation :

N° interne employeur public :

- Employeur ayant adhéré à titre révocable Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Date d'adhésion :

Statut du salarié : stagiaire titulaire non titulaire

2. le salarié

- Mme M

Nom de famille (nom de naissance) :

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom (s) :

Adresse :

Code postal : Commune :

NIR (n° de Sécurité sociale) : Date de naissance :

Lieu de naissance :

- Ressortissant : français UE EEE Suisse hors UE et EEE

Niveau de qualification : Statut cadre ou assimilé : oui non

**voir notice*

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

Régime AGIRC-ARRCO CRPN Autres (précisez) : _____

IRCANTEC CNBF _____

■ En cas d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale, indiquez la caisse (maladie ou vieillesse) : _____

■ Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? oui non

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, et aux articles 15 et 16 du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez 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.

4. emploi

■ Durée d'emploi salarié du _____ au _____

■ Date de fin initiale du CDD (à préciser obligatoirement si la date de rupture du contrat est antérieure à la date fixée initialement) _____

■ Dernier emploi tenu : _____ Dernier lieu de travail (pays) : _____ Dépt. _____

■ Ancienneté dans l'entreprise : moins d'1 an entre 1 an et moins de 2 ans au moins 2 ans

■ Date d'engagement de la procédure de licenciement ou de notification de la démission ou de signature de la convention de rupture conventionnelle : _____

■ Préavis : effectué du _____ au _____

non effectué payé du _____ au _____

non payé du _____ au _____

(motif) : _____

■ Catégorie d'emploi particulier :

travailleur à domicile employé de maison assistante maternelle, garde d'enfant

autre (précisez) _____

■ Horaire de travail :

- salarié au forfait oui non Précisez : convention de forfait en heures convention de forfait en jours

hebdomadaire mensuel annuel

- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ ou _____ ou _____

- du salarié : _____ ou _____ ou _____

- motif en cas de différence : travail à temps partiel

autre motif (précisez) : _____

4. emploi

- Nature du contrat : contrat à durée indéterminée contrat à durée déterminée
- Contrat de type particulier : apprentissage professionnalisation CUI-CIE CUI-CAE
- contrat d'engagement éducatif emploi d'avenir autre (précisez) : _____

■ Périodes de suspension du contrat de travail ni rémunérées ni indemnisées :

- Congé sabbatique du _____ au _____
- Congé sans solde et assimilé du _____ au _____
- Période de disponibilité des trois fonctions publiques du _____ au _____
- Autre période d'emploi ni rémunérée ni indemnisée (désertion dans les armées, suspension pour motif sanitaire...)
- du _____ au _____

■ Périodes d'absence du salarié au cours des 25 derniers mois de salaire ou 37 derniers mois si le salarié a 53 ans et plus au moment de la fin de contrat :

- Arrêt maladie du _____ au _____
- Congé maternité du _____ au _____
- Congé paternité du _____ au _____
- Congé d'adoption du _____ au _____
- Congés payés pris et financés par une caisse professionnelle du _____ au _____
- Périodes d'activité partielle ou activité partielle de longue durée :
- du _____ au _____

6.1 salaires

Salaires des 25 derniers mois, y compris le salaire du mois au cours duquel intervient la fin du contrat de travail (37 derniers mois pour les salariés âgés de 53 ans et plus au moment de la fin du contrat de travail)

| | Période de paie | | Date de paiement | Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours) | Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés | Salaire mensuel brut soumis à contributions patronales d'assurance chômage |
|----|-----------------|----|------------------|--|---|---|
| | du | au | | | | |
| | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |
| 28 | | | | | | |
| 29 | | | | | | |
| 30 | | | | | | |
| 31 | | | | | | |
| 32 | | | | | | |
| 33 | | | | | | |
| 34 | | | | | | |
| 35 | | | | | | |

6.1 salaires

Salaires des 25 derniers mois, y compris le salaire du mois au cours duquel intervient la fin du contrat de travail (37 derniers mois pour les salariés âgés de 53 ans et plus au moment de la fin du contrat de travail)

| | Période de paie | | Date de paiement | Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours) | Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés | Salaire mensuel brut soumis à contributions patronales d'assurance chômage |
|----|-----------------|----|------------------|--|---|---|
| | du | au | | | | |
| | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | | | | | | |
| 37 | | | | | | |
| 38 | | | | | | |
| 39 | | | | | | |
| 40 | | | | | | |

6.2 primes et indemnités

ATTENTION : les indemnités liées à la rupture du contrat de travail doivent figurer dans la rubrique 6.3.

N'indiquez que les primes versées au cours des 25 ou 37 derniers mois.

| | Intitulé de la prime (13 ^e mois, rachat de compte épargne-temps, prime de vacances, prime exceptionnelle liée à l'activité...) | Date de paiement | Montant soumis aux contributions d'assurance chômage |
|----|---|---------------------|--|
| 01 | | | |
| 02 | | | |
| 03 | | | |
| 04 | | | |
| 05 | | | |
| 06 | | | |
| 07 | | | |
| 08 | | | |
| 09 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |

**POUR S'INSCRIRE OU SE RÉINSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI,
LE SALARIÉ EFFECTUE SA DEMANDE D'INSCRIPTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE**

www.pole-emploi.fr-candidat-m'inscrire/me-reinscrire.

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

Indemnité compensatrice de congés payés

Montant : EUR

L'indemnité est-elle due par une caisse professionnelle ? oui non

Si oui, précisez laquelle : _____

et précisez le nombre de jours ouvrables :

Total des sommes ou indemnités légales, conventionnelles ou transactionnelles inhérentes à la rupture : EUR

■ Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) : EUR
dont indemnités :

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

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

de fin de contrat à durée déterminée EUR

de fin de mission EUR

de départ à la retraite EUR

spéciale de licenciement EUR

spécifique de licenciement EUR
(Art. L. 1235-15 du C. du T.)

due aux journalistes EUR

légale de clientèle EUR

légale due au personnel navigant de l'aviation civile EUR

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

compensatrice de compte épargne temps (CET) EUR

due en raison d'un sinistre EUR

autres indemnités légales EUR

■ 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.

7. 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 : _____

8. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : _____

(prénom) : _____

agissant en qualité de :

chef d'entreprise directeur comptable mandataire liquidateur gérant
 responsable RH administrateur judiciaire autre (précisez) : _____

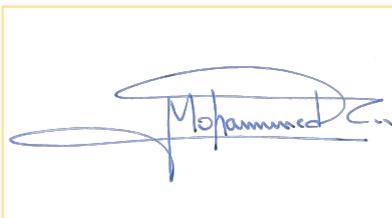
certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, le motif de la rupture du contrat de travail qui est, je le rappelle, le suivant : _____

En cas de rupture conventionnelle, atteste n'avoir pas reçu de refus d'homologation de la convention de la part de la DREETS ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À _____ le :

Signature

Cachet de l'entreprise



Personne à joindre concernant cette attestation : _____

Email : _____

Téléphone : _____

