URSSAF
PÔLE EMPLOI
CARSAT

Services de santé au travail
CPAM

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE

cerfa
N° 14738*01

Cette déclaration unique doit être adressée à votre Urssaf OBLIGATOIREMENT AVANT L'EMBAUCHE, sous peine de sanctions (art. L.1221-10, L.1221-11 et L.8221-5 du code du travail)

A • ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

N° SIRET 9 2 0 3 1 1 8 1 8 0 0 0 1 6 **Code NAF** 6 2 0 2 A

NOM, prénoms ou DÉNOMINATION HIGHSKILL

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT 66 AVENUE DES CHAMPS ELYSEES

75008 (Code postal) PARIS (Commune)

Numéro de Téléphone : 0 6 8 5 5 3 0 1 2 0 **Numéro de Télécopie :**

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Si l'entreprise ou l'établissement possède un service de santé au travail, ou si le salarié embauché travaille en un lieu éloigné de l'établissement, cochez l'une des 2 cases suivantes :

☒ **Service de santé au travail de l'entreprise ou de l'établissement** ☐ **Service de santé au travail spécifique pour les salariés éloignés**

À défaut, précisez votre "service de santé au travail interentreprises" :

183 (Code) CMS MONTESQUIEU Médecine du (Nom)

↳ Disponible sur le site internet indiqué au verso

75001 PARIS (Adresse)

B • FUTUR SALARIÉ

NOM de famille (nom de naissance) MEJDOUB

NOM d'usage (s'il y a lieu)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) Oussama **Sexe** M (M ou F)

N° Sécurité sociale (voir carte d'immatriculation) 1 85 06 99 351 706 14 (Clé)

Date de naissance 28 06 1985 (Jour Mois Année)

Lieu de naissance 99 (Département) Tunis (Commune (pour Paris, Lyon et Marseille, préciser l'arrondissement))

TUNISIE (Pays de naissance)

C • L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE 06 11 2023 (Jour Mois Année) **HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE** 08 00 (Heure Minutes)

Durée de la période d'essai (en jours) Si le salarié est embauché au moyen d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée dont le terme ou la durée minimale est supérieur à 6 mois, renseignez la case suivante : 0 0 0

TYPE DE CONTRAT ☒ **Contrat à durée indéterminée** ☐ **Contrat à durée déterminée** ☐ **Contrat de travail temporaire**

Si CDD, renseignez la date de fin du contrat :

☐☐ (Jour) ☐☐ (Mois) ☐☐☐☐ (Année)

À : **PARIS** Le : 08/11/2023 Signature :

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.