

ATTESTATION DESTINÉE À L'ASSÉDIC

A remplir par l'employeur et à délivrer obligatoirement au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R 351 - 5 du C.T.).



ATTENTION : le salarié joindra lui-même l'original de cette attestation à la demande d'allocations Assédic qui lui sera remise, s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi.
IL NE DOIT EN AUCUN CAS LA RETOURNER SEULE.

1. l'employeur

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET :

Code APE/NAF :

N° d'affiliation à l'Assédic ou à l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage :
(En cas de paiement groupé des cotisations, indiquez le n° d'affiliation à l'Assédic de recouvrement)

Assédic de

Garp

Autre (précisez)

(CMSA, URSSAF, CCVRP, organisme centralisateur de paie dans chaque département de la région)

Nombre total de salariés dans l'établissement au 31-12-écoulé :

SPÉCIMEN

ne rien inscrire dans ce cadre

EMPLOYEURS DU SECTEUR PUBLIC (Art. L. 351-12 du code du travail).

Employeur en auto assurance

Employeur ayant conclu une convention de gestion

N° de la convention de gestion [] [] [] [] [] [] code analytique [] [] [] []

Extension à l'AFR

Employeur ayant adhéré à titre révocable

Date d'adhésion : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Statut du salarié : stagiaire titulaire non titulaire

Adhésion aux régimes particuliers pour les emplois "aidés" (CES, apprentis, emplois jeunes, etc.)

2. le salarié

M Mme Mlle

Nom de naissance _____ Prénom _____

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) _____

Adresse : _____

Code postal : [] [] [] [] [] []

NIR : []

Date de naissance : []

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 : _____ 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 : _____

AGIRC : _____

Autres : _____

(Pour les cadres ou assimilés affiliés à l'AGIRC et à l'ARRCO, les deux institutions doivent être renseignées).

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.

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 Assédic (part salariale)
				EUR	

indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____ |EUR|

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ |EUR|

Jours ouvrables : _____

Indemnité due par une caisse professionnelle

(précisez laquelle) : _____

total des sommes ou indemnités légales, conventionnelles ou transactionnelles inhérentes à la rupture : _____ |EUR|

• **Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) :** _____ |EUR|

dont indemnités :

- | | | | |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> légale de licenciement | _____ | <input type="checkbox"/> spéciale de licenciement | _____ |
| <input type="checkbox"/> supplémentaire de licenciement | _____ | <input type="checkbox"/> spécifique de licenciement (art. L. 221-2.1 du CT) | _____ |
| <input type="checkbox"/> de fin de contrat à durée déterminée | _____ | <input type="checkbox"/> de fin de contrat pour journalistes | _____ |
| <input type="checkbox"/> de fin de mission | _____ | <input type="checkbox"/> légale de clientèle | _____ |
| <input type="checkbox"/> de départ à la retraite | _____ | <input type="checkbox"/> légale due au personnel navigant de l'aviation civile | _____ |
| <input type="checkbox"/> due en raison d'un sinistre | _____ | <input type="checkbox"/> versée à l'apprenti en application art. L. 117-5-1 du CT | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> 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 l'Assédic.

8. avance du fonds national de garantie des salaires

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire, une avance du FNGS :

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) _____ (prénom) _____

agissant en qualité de :

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> directeur | <input type="checkbox"/> comptable | <input type="checkbox"/> mandataire liquidateur |
| <input type="checkbox"/> gérant | <input type="checkbox"/> chef du personnel | <input type="checkbox"/> administrateur judiciaire | <input type="checkbox"/> 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 : _____

A _____ le [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation : _____

Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Cachet de l'entreprise