À remplir par l'employeur et à joindre par le salarié à la demande d'allocations de sécurisation professionnelle.

À remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.). Un exemplaire doit en être adressé à :
POLE EMPLOI - CENTRE DE TRAITEMENT
BP 80069 - 77213 AVON Cedex

Unédic

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 dématé-rialisée, il lui est demandé de la transmettre à Pôle emploi (pour s'ins-crire 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, via son espace personnel sur Pôle emploi.

CSP - Contrat de Sécurisation Professionnelle

ATTESTATION EMPLOYEUR

➜ FICHE 3

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 L'employeur

Établissement employeur : _____

Adresse : _____

S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal : _____

Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Statut juridique : _____

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Code APE/NAF : |__|__|__|__|__|

N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, …) :

N° : _____ Nom : _____

Nom de l'organisme ayant recouvré les contributions obligatoires relatives au financement de la formation professionnelle continue (OPCO)

Nom : _____ *(voir notice)*

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

En cas d'établissements multiples,
nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : _____

|__|
ne rien inscrire dans ce cadre

2 Le salarié

☐ M. ☐ Mme

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

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

Adresse : _____

_____ Code postal : |__|__|__|__|__|

N° Sécurité sociale (NIR) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Lieu de naissance _____

☐ Ressortissant français* ☐ Ressortissant UE* ☐ Ressortissant EEE* ☐ Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification : _____ |__|__| *(code : voir notice)* Statut cadre ou assimilé : ☐ OUI ☐ NON

** Voir notice*

3 Caisses de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées :

☐ Régime AGIRC - ARRCO

☐ IRCANTEC

☐ CRPN

☐ CNBF

☐ Autre (précisez) : _____

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du directeur de Pôle emploi, d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

Unédic - DAJ 544 CSP 2017 - janvier - agence m-crea.fr - Tous droits réservés

CSP Contrat de Sécurisation Professionnelle

ATTESTATION EMPLOYEUR

➜ FICHE 3

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

4 Emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- Ancienneté dans l'entreprise (art. L. 1234-1 CT) : |__|__| |__|__|
  Année Mois
- Dernier emploi tenu : _____
- Date de l'engagement de la procédure de licenciement : _____ |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
- En cas d'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale, indiquez la caisse : _____ et le numéro d'affiliation : _____
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ..... ❑ OUI ❑ NON
- Catégorie d'emploi particulier : ❑ travailleur à domicile ❑ 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 :	_____	_____	_____
- du salarié :	_____	_____	_____

  - motif en cas de différence : ❑ travail à temps partiel
    ❑ autre motif _____
    (précisez)
- Contrat de type particulier : ❑ professionnalisation ❑ CUI-CIE
  ❑ autre : _____
  (précisez)
- Statut particulier : ❑ gérant ❑ administrateur/PDG/DG ❑ Mbre/Pdt du Directoire
  ❑ Mbre du Cons. de surveillance ❑ Pdt d'une association ❑ Mbre d'un GIE ❑ associé/actionnaire
  ❑ autre : _____
  (précisez)
- Périodes de suspension du contrat de travail :
  - ❑ Congé sabbatique _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
  - ❑ Congé sans solde et assimilé d'une durée d'un mois civil et plus _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
  - ❑ Périodes de disponibilité des trois fonctions publiques _____ 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 :
  - ❑ Arrêt maladie _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
  - ❑ Congé maternité _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
  - ❑ Congé paternité _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
  - ❑ Congé d'adoption _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
  - ❑ Activité Partielle _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
    _____ du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

5 Motif de la rupture du contrat de travail

❑ Rupture pour motif économique dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle.

CSP Contrat de Sécurisation Professionnelle

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| clé

ATTESTATION EMPLOYEUR

➜ FICHE 3

6.1 Salaires des 36 derniers mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 36 mois civils précédant le dernier jour travaillé payé
(Ex : dernier jour travaillé payé : le 25/01/2020, indiquez les salaires du 01/01/2017 au 31/12/2019).

Dernier jour travaillé payé : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Période de paie du	au	Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3	Salaire mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1		2	3	4	5	6

CSP Contrat de Sécurisation Professionnelle

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

6.1 Salaires des 36 derniers mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé *(suite)*

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 36 mois civils précédant le dernier jour travaillé payé
(Ex : dernier jour travaillé payé : le 25/01/2020, indiquez les salaires du 01/01/2017 au 31/12/2019).

Période de paie du	au	Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3	Salaire mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1		2	3	4	5	6

6.2 Salaire versé après le dernier mois civil indiqué au cadre ci-dessus

Période de paie du	au	Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3	Salaire mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1		2	3	4	5	6

6.3 Primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

Période couverte par l'indemnité ou la prime du	au	Date de paiement	Nature de la prime ou indemnité (13e mois, prime de bilan, prime exceptionnelle...) ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés ne doivent pas figurer ici.	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : _____

Prénom : _____

NIR : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|
clé

7 Avance du Régime de garantie des créances des salariés (AGS)

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 Participation au financement du contrat de sécurisation professionnelle

Contribution au financement de l'allocation de sécurisation professionnelle (pour les salariés justifiant de 1 an ou plus d'ancienneté dans l'entreprise)

- Montant correspondant à l'indemnité conventionnelle ou contractuelle de préavis (charges sociales, patronales et salariales comprises), dans la limite de trois mois, qui aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté le contrat de sécurisation professionnelle : ..... |_____| €

- Durée de préavis pour lequel une indemnité conventionnelle ou contractuelle* aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté le CSP :

❑ 1 mois ❑ 2 mois ❑ 3 mois ❑ Autre (précisez) : _____

Cette somme est exigible le 25 du 2e mois civil suivant la fin du contrat de travail du salarié.

*Si vous n'êtes pas soumis à une convention collective, il convient de prendre en compte le préavis légal.

9 Authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) _____ (prénom) _____

agissant en qualité de :

❑ chef d'entreprise ❑ directeur ❑ comptable ❑ mandataire liquidateur
❑ gérant ❑ chef du personnel ❑ administrateur judiciaire ❑ Autre (précisez) : _____

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts.

À _____

le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature

Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation : _____ Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Unédic pôle emploi UNION EUROPEENNE FONDS SOCIAL EUROPEEN l'Europe s'engage en France