

ATTESTATION D'EMPLOYEUR DESTINÉE À Pôle emploi

A 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 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.

1. l'employeur

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, ...) :

N° Nom

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

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

Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

2. le salarié

M^{me} 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 :

R ressortissant français* R ressortissant UE* R ressortissant EEE* R ressortissant Suisse* R ressortissant 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, 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
- Ancienneté dans l'entreprise : moins d'1 an entre 1 an et moins de 2 ans au moins 2 ans
- Date de fin initiale du CDD (à préciser obligatoirement si la date de rupture du contrat est antérieure à la date fixée initialement) : _____
- 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) :
- 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
 - Période de disponibilité des trois fonctions publiques _____ du au
 - Autre période d'emploi ni rémunérée ni indemnisée _____ 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

4. emploi (suite)

- Catégorie d'emploi particulier : travailleur à domicile employé de maison assistante maternelle
 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)

- 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)

5. motif de la rupture du contrat de travail

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 11 <input type="checkbox"/> licenciement suite à redressement ou liquidation judiciaire 12 <input type="checkbox"/> licenciement suite à fermeture définitive de l'établissement 14 <input type="checkbox"/> licenciement pour motif économique 15 <input type="checkbox"/> licenciement pour fin de chantier ou d'opération 20 <input type="checkbox"/> licenciement pour autre motif :
 <small>(précisez) :</small> 25 <input type="checkbox"/> autre rupture pour raison économique
 <small>(Art. L. 1233-3 dernier alinéa du C. du T.)</small> 31 <input type="checkbox"/> fin de contrat à durée déterminée 32 <input type="checkbox"/> fin de mission d'intérim 81 <input type="checkbox"/> fin de contrat d'apprentissage 33 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un CDD ou d'un contrat de mission en cas d'inaptitude physique constatée par le médecin du travail 95 <input type="checkbox"/> rupture anticipée du CDD pour faute grave 82 <input type="checkbox"/> résiliation judiciaire du contrat 83 <input type="checkbox"/> rupture pour force majeure ou fait du prince 84 <input type="checkbox"/> rupture d'un commun accord d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage | <ul style="list-style-type: none"> 34 <input type="checkbox"/> fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur 35 <input type="checkbox"/> fin de période d'essai à l'initiative du salarié 36 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative de l'employeur 37 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative du salarié 38 <input type="checkbox"/> mise à la retraite par l'employeur 39 <input type="checkbox"/> départ à la retraite à l'initiative du salarié 59 <input type="checkbox"/> démission 43 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle 110 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle collective
 <input type="checkbox"/> rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité 111 <input type="checkbox"/> rupture dans le cadre d'un accord de performance collective 115 <input type="checkbox"/> licenciement du collaborateur parlementaire
 <small>(Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1339 du 15 septembre 2017)</small>
 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle (fonction publique)
 <input type="checkbox"/> démission avec versement d'une indemnité de départ volontaire 60 <input type="checkbox"/> autre motif :
 <small>(précisez):</small> |
|--|---|

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

salaire (versé après le dernier mois civil mentionné au cadre 6.1)

Période		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 Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage
du	au				
1	2	3	4	5	

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 _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)

minimale de rupture conventionnelle _____
(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 _____

de fin de mission _____

de départ à la retraite _____

spéciale de licenciement _____

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

due aux journalistes _____

légale de clientèle _____

légale due au personnel navigant de l'aviation civile _____

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

due en raison d'un sinistre _____

compensatrice de compte épargne temps (CET) _____

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 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 chef du personnel 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 Direccte ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À _____ le _____

Signature

Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation : _____

Téléphone : _____