

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone _____ E-mail _____

N° SIRET ou MSA _____ Code NAF (APE) _____

Nom Prénom ou Raison sociale _____

Adresse _____

Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance _____

Nom marital _____

Prénoms _____

N° de Sécurité Sociale _____ Clé _____ Sexe : M F

Date de naissance _____

Jour _____ Mois _____ Année _____ Lieu de naissance _____

Numéro _____ Bis _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____

code postal _____ Ville _____

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE

Jour _____ Mois _____ Année _____ à _____ Heures _____ Minutes _____

Secteur d'activité professionnelle _____ niveau ou coefficient hiérarchique _____

Convention collective applicable au salarié _____

Emploi occupé _____

Durée du travail _____

Hebdo. _____ ou Mensuelle _____ ou Annuelle _____

(heures) (heures) (heures)

Si forfait jours _____ (jours) Si temps partiel _____ %

Nature du contrat

CDI CDD CDD à objet défini si CDD, durée (en jours) _____

Type de contrat particulier Lequel _____

Salaire mensuel brut à l'embauche _____ €

A préciser

Si lieu de travail différent de l'établissement Dépt _____ commune _____ et _____

► Le salarié (1) :

- est cadre ou assimilé Oui Non
- je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC
 - dans la catégorie art 4 ou 4 bis Oui Non
 - dans la catégorie art 36 Oui Non
- est rémunéré exclusivement en nature Oui Non
- est domicilié fiscalement à l'étranger Oui Non
- est soumis à un horaire d'équivalence Oui Non
- est rémunéré à la tâche Oui Non
- est hors champ de la mensualisation de la paie
 - si oui, en qualité de saisonnier Oui Non

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel demandeur d'emploi

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Dans les 6 mois précédant l'embauche, le salarié a-t-il été déclaré apte par un médecin du travail pour un emploi identique ? Oui Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? _____ Oui Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? _____ Oui Non

Conditions de travail prévues à l'embauche

- travail dans le bruit Oui Non
- conduite de véhicules lourds, chariots élévateurs, engins agricoles Oui Non
- manipulation de charges lourdes Oui Non
- travail de nuit Oui Non
- manipulation de produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui Non

Autre risque précisez _____

Le _____

Signature _____

9745 C D / 10 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 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.

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone _____ E-mail _____

N° SIRET OU MSA _____ Code NAF (APE) _____

Nom Prénom ou Raison sociale _____

Adresse _____

Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance _____

Nom marital _____

Prénoms _____

N° de Sécurité Sociale _____ Clé _____ Sexe : M F

Date de naissance _____

Jour _____ Mois _____ Année _____ Lieu de naissance _____ Dépt. _____ commune _____

Adresse _____

Numéro _____ Bis _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____

code postal _____ Ville _____

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE

Jour _____ Mois _____ Année _____ à _____ Heures _____ Minutes _____

Secteur d'activité professionnelle _____ niveau ou coefficient hiérarchique _____

Convention collective applicable au salarié _____

Emploi occupé _____

Durée du travail _____

Hebdo. _____ ou Mensuelle _____ ou Annuelle _____ Si forfait jours _____ Si temps partiel _____ %

(heures) (heures) (heures) (jours)

Nature du contrat CDI CDD CDD à objet défini si CDD, durée (en jours) _____

Type de contrat particulier Lequel _____

Salaire mensuel brut à l'embauche _____ €

A préciser

Si lieu de travail différent de l'établissement Dépt _____ commune _____ et _____

► Le salarié (1) :

- est cadre ou assimilé Oui Non
- je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC Oui Non
- dans la catégorie art 4 ou 4 bis Oui Non
- dans la catégorie art 36 Oui Non
- est rémunéré exclusivement en nature Oui Non
- est domicilié fiscalement à l'étranger Oui Non
- est soumis à un horaire d'équivalence Oui Non
- est rémunéré à la tâche Oui Non
- est hors champ de la mensualisation de la paie Oui Non
- ▶ si oui, en qualité de saisonnier Oui Non

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel demandeur d'emploi

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Dans les 6 mois précédant l'embauche, le salarié a-t-il été déclaré apte par un médecin du travail pour un emploi identique ? Oui Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? _____ Oui Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? _____ Oui Non

Conditions de travail prévues à l'embauche

- travail dans le bruit Oui Non
- conduite de véhicules lourds, chariots élévateurs, engins agricoles Oui Non
- manipulation de charges lourdes Oui Non
- travail de nuit Oui Non
- manipulation de produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui Non
- Autre risque précisez _____

Le _____

Signature _____

9745 C D / 10 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 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.