

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN

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

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 Ter Nat. Voie Nom de voie
 code postal Ville

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

Contrat à durée déterminée à temps plein

► durée (en jours)
 Contrat vendanges

► Le salarié :
 • 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

Salaire mensuel brut à l'embauche €

Si lieu de travail différent de l'établissement A préciser Dépt commune

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES POUR L'EMPLOI D'UN TRAVAILLEUR OCCASIONNEL :

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

Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

Le

Signature

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN

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

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 _____ Ter _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____
 code postal _____ Ville _____

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 Hebd. _____ ou Mensuelle _____ ou Annuelle _____ Si forfait jours _____ (heures) (heures) (heures) (jours)

Contrat à durée déterminée à temps plein

► durée (en jours)
 Contrat vendanges

► Le salarié :
 • 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 Oui Non
 ↳ si oui, en qualité de saisonnier Oui Non

Salaire mensuel brut à l'embauche €

Si lieu de travail différent de l'établissement A préciser Dépt _____ commune _____

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES POUR L'EMPLOI D'UN TRAVAILLEUR OCCASIONNEL :

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 _____

Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

Le

Signature

10642-C.D./9 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 - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN

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

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 _____ Ter _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____
 code postal _____ Ville _____

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

◆ MOTIF DU RECOURS AU CDD :

(cocher et compléter)

Remplacement de : _____ (nom et prénom de la personne remplacée)
 Sa qualification : _____
 Contrat saisonnier pour les travaux de : _____
 Contrat vendanges Accroissement temporaire d'activité (précisez sa nature) _____
 Autre motif : _____

Date de fin CDD prévue

Jour _____ Mois _____ Année _____
 OU
 Durée minimale du CDD (jours) _____
 ◆ Durée période d'essai (jours) _____

Pour les CDD à terme précis,

cocher si ce contrat peut être renouvelé :

Si oui, vous devrez faire un avenant au contrat

◆ RISQUE LIÉ À L'EMPLOI

(préciser la nature du risque) :

◆ SALAIRE HORAIRE BRUT À L'EMBAUCHE :

_____ € Primes _____ € Avantages en nature _____ € Autres éléments _____ €

◆ RECOURS A LA MODULATION OU A L'ANNUALISATION : OUI NON

◆ CLAUSES PARTICULIÈRES :

◆ NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE :

◆ NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE :

Contrat établi le _____ à

Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

(1) Se reporter à la notice explicative.

Signature du salarié

Signature de l'employeur

**À DÉTACHER IMPÉRATIVEMENT
AVANT DE REMPLIR
LE VOLET 3**

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN

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

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 _____ Ter _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____

code postal _____ Ville _____

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

◆ MOTIF DU RECOURS AU CDD :

(cocher et compléter)

Remplacement de : _____ (nom et prénom de la personne remplacée)

Sa qualification : _____

Contrat saisonnier pour les travaux de : _____

Contrat vendanges Croissance temporaire d'activité _____ (précisez sa nature)

Autre motif : _____

Date de fin CDD prévue

Jour _____ Mois _____ Année _____

OU

Durée minimale du CDD (jours) _____

◆ Durée période d'essai (jours) _____

Pour les CDD à terme précis,
cocher si ce contrat peut être renouvelé :

Si oui, vous devrez faire un avenant au contrat

◆ RISQUE LIÉ À L'EMPLOI

(préciser la nature du risque) :

◆ SALAIRE HORAIRE BRUT À L'EMBAUCHE :

_____, _____ € Primes _____ € Avantages en nature _____ € Autres éléments _____ €

◆ RECOURS A LA MODULATION OU A L'ANNUALISATION : OUI NON

◆ CLAUSES PARTICULIÈRES :

◆ NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE :

◆ NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE :

Contrat établi le _____ à _____

Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

(1) Se reporter à la notice explicative.

Signature du salarié

Signature de l'employeur

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.