

Lire **ATTENTIVEMENT** la notice Cerfa de remplir ce document)

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Caisse de retraite complémentaire :
@

Organisme de prévoyance le cas échéant :

Particulier-employeur : oui non

N° URSSAF du particulier-employeur :

N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

Code activité de l'entreprise (NAF) :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Numéro du projet* :

**à renseigner dans le cadre d'un contrat de professionnalisation associant des actions de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article 11 de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022*

LE SALARIÉ

Nom de naissance du salarié :

Nom d'usage :

Le premier prénom du salarié selon l'état civil :

Adresse du salarié :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

NIR du salarié :

Date de naissance :

Sexe : M F

Département de naissance :

Commune de naissance :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance de travailleur handicapé : oui non

Inscrit à Pôle Emploi : oui non

Si oui, numéro d'inscription :

Durée : mois

Situation avant ce contrat :

Type de minimum social, si bénéficiaire :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur

Nom :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance :

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou Groupement d'employeur

Nom :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance :

Code activité de l'entreprise utilisatrice (NAF) * :

*à renseigner dans le cadre d'un contrat de professionnalisation associant des actions de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article 11 de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022

LE CONTRAT

Nature du contrat :

CDI CDD travail temporaire

Type de contrat :

Si le présent contrat de professionnalisation vaut avenant au contrat de travail initial cochez la case ci-contre*

* uniquement dans le cadre d'un contrat de professionnalisation associant des actions de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article 11 de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022

Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :

Classification de l'emploi dans la convention collective :

Niveau : Coefficient hiérarchique :

Durée de la période d'essai : jours Date de début d'exécution du contrat : Si avenant, date d'effet :

Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI : Durée hebdomadaire du travail : heures minutes Date de conclusion : (date de signatures du contrat)

Salaire brut mensuel à l'embauche : , €
(ou salaire brut horaire pour un contrat de travail temporaire)

LA FORMATION

Dénomination de l'organisme de formation principal : N° SIRET de l'organisme de formation principal :

S'agit-il d'un service de formation interne :
 oui non

N° de déclaration d'activité de cet organisme :

Nombre d'organismes de formation intervenant :

L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié.

Type qualification visée : Diplôme ou titre visé : Code RNCP :

Intitulé précis :

Spécialité de formation :

Organisation de la formation :

Durée totale des actions d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : heures **dont**
durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : heures

Date de début du cycle de formation : Date prévue de fin des épreuves ou examens :

En application de l'article L.6325-3 du code du travail, l'employeur s'engage à assurer au titulaire du contrat une formation lui permettant d'acquérir une qualification professionnelle et à lui fournir un emploi en relation avec cet objectif pendant la durée du CDD ou de l'action de professionnalisation du CDI. Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature du salarié

CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO : N° Adhérent de l'employeur à l'OPCO s'il existe :