URSSAF ASSEDIC CPAM — Services de Santé au Travail CRAM

Déclaration Unique d'Embauche

(sauf pour les salariés intérimaires)

cerfa N° en cours

Les informations sur fond bleu sont à produire OBLIGATOIREMENT AVANT L'EMBAUCHE sous peine de sanctions (art. L.320 et R.362-1 du code du travail)

A ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

N° SIRET ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Code APE (NAF) ☐☐☐☐

NOM, prénoms ou DÉNOMINATION ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Adresse de l'établissement

(Code postal) (Commune)

Adresse de correspondance *(si différente de celle de l'établissement)*

(Code postal) (Commune)

Numéro de Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Numéro de Télécopie : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

B FUTUR SALARIÉ

Nom de naissance ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle Nom marital :

Prénoms *(dans l'ordre de l'état civil)*

Sexe ☐ (M ou F)

N° Sécurité Sociale *(voir carte d'immatriculation)* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Clé

Date de naissance ☐☐ Jour ☐☐ Mois ☐☐☐☐ Année

Nationalité ☐ française ☐ étrangère laquelle :

Lieu de naissance ☐☐☐ Départ. Commune (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement) Pays de naissance

Adresse du salarié

Code postal ☐☐☐☐☐ (Commune de résidence)

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE ☐☐ Jour ☐☐ Mois ☐☐☐☐ Année

HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE ☐☐ Heure ☐☐ Minutes

C AUTRES ÉLÉMENTS SUR L'ENTREPRISE ET SUR L'EMPLOI

Service de santé au travail *(la visite médicale d'embauche est obligatoire)* ☐☐☐ (Code)

(nom et adresse)

ou ☐ service de santé au travail de l'entreprise

Effectif de l'établissement avant l'embauche ☐☐☐☐

S'agit-il du premier salarié embauché dans votre établissement ☐ Oui ☐ Non

Si oui, effectif de l'entreprise avant l'embauche ☐☐☐☐☐

Activité principale exercée dans l'établissement :

Nature de l'emploi et qualification* ☐☐

Durée de la période d'essai *(en jours)* ☐☐

Situation du salarié avant l'embauche* ☐

Durée du travail (en heures) : hebdomadaire ☐☐ OU mensuelle ☐☐☐ OU annuelle ☐☐☐☐

☐ Contrat Nouvelles Embauches

☐ Contrat à Durée Indéterminée ☐ ou Contrat à Durée Déterminée Si CDD, date de la fin de contrat ☐☐☐☐☐☐☐☐

D SI LE SALARIÉ N'A PAS DE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE *(DEMANDE D'IMMATRICULATION)*

S'agit-il d'un agent titulaire *(employeur occupant du personnel doté d'un statut fonction publique)* ☐ Oui ☐ Non

** Utilisez la codification figurant au verso*

A Le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Signature

Modèle

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