

ATTESTATION DESTINEE A POLE 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 être adressé au centre de traitement :

BP 80069 - 77213 AVON Cedex

ATTENTION : le salarié joindra lui-même un exemplaire de cette attestation à la demande d'allocations d'assurance chômage qui lui sera adressée, s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi (voir bas de la page 3).
IL NE DOIT EN AUCUN CAS LA RETOURNER SEULE.

1. l'employeur

A.F.P.I.C.L.

10, PLACE DES ARCHIVES

69288 LYON CEDEX 02

Téléphone : 04 72 32 50 05

Statut juridique : Association

N° SIRET : 32693006200145

Code APE/NAF : 8542Z

N° d'affiliation à Pôle Emploi (anct Assedic) ou à l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage :
(En cas de paiement groupé des cotisations, indiquez le n° d'affiliation à l'Assedic (ou au Pôle Emploi) de recouvrement)

☒ Pôle Emploi (anct Assedic) de RHONE

☐ Pôle Emploi Service (anct Garp)

☐ Autre (précisez)

(CMSA, URSSAF, CCVRP, organisme centralisateur des paies dans chaque port pour les dockers)

Nombre total de salariés dans l'établissement au 3112 écoulé :

914

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 analytique

☐ Employeur ayant adhéré à titre révocable

Date d'adhésion

Statut du salarié : ☐ stagiaire ☐ titulaire ☐ non titulaire

Adhésion aux régimes

☐ particuliers pour les

emplois "aidés"

(CES, apprentis, emplois jeunes, etc.)

2. le salarié

☐ M ☒ Mme ☐ Mlle

Nom de naissance : CASTILLO

Prénom : ABIGAELE

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Adresse : 46, RUE DU MARAIS

VILLEURBANNE

Code postal : 69100

NIR : 294056938330945

Date de naissance : 18 05 1994

Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ?

☐ Oui ☒ Non

Si oui, lequel ? (conjoint, enfant, etc.) :

Niveau de qualification : EMPLOYE (E) QUALIFIE (E)

52

Statut cadre ou assimilé :

☐ Oui ☒ Non

(Code : voir notice)

3. caisse de retraite complémentaire du salarié

Sigle, nom et adresse des institutions de retraite

ARRCO : APICIL 38, rue F. PEISSEL - 69645 CALUIRE ET CUIRE

AGIRC :

Autres :

(Pour les cadres ou assimilés affiliés à l'AGIRC et à l'ARRCO, les deux institutions doivent être renseignées).

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

1. salaires des 12 mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé et payé.
(Ex : dernier jour travaillé et payé : le 25/02/2009, indiquez les salaires du 01/02/2008 au 31/01/2009).

Dernier jour travaillé payé : 28 08 2020

[illegible]

7.2. primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 7.1

[illegible]

**POUR S'INSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI
LE SALAIRE A 2 POSSIBILITES :**

1> par internet : www.assedic.fr - Rubrique 'Demandeurs d'emploi' - Accès aux services

2> par téléphone : en composant le 3949 (selon le service, appel gratuit ou de 0,11 euros TTC depuis un poste fixe, hors éventuel surcoût de votre opérateur).

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

Salaire

(versé après le dernier mois mentionné au cadre 7.1.)

Période	Date de paiement	Nb. d'heures travaillées	Salaire brut	Montant du précompte
01/08/2020	28/08/2020	31/08/2020	35.00	1345.98

Indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____

Indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ 639.37

Jours ouvrables : _____ 9.00

Indemnité due par une caisse professionnelle

(précisez laquelle) _____

total des sommes ou indemnités légales conventionnelles ou transactionnelles inhérentes à la rupture

■ Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) : _____

dont indemnités : _____

351.36

351.36

☐ 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 _____ 351.36

☐ 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 _____

☐ autres indemnités légales _____

■ Montant correspondant aux indemnités conventionnelles (convention collective) : _____

■ Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) : _____

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 l'Assédic.

8. 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 : _____

9. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : TROUSSE

(prénom) : Christelle

agissant en qualité de :

☐ chef d'entreprise☐ directeur☐ comptable☐ mandataire liquidateur☐ gérant☐ chef du personnel☐ administrateur judiciaire

☒ autre : Resp paie/ adm pers
(précisez)

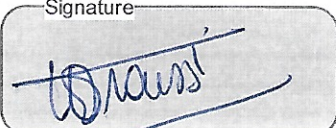
certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, le motif de la rupture du contrat de travail qui est, je le rappelle, le suivant : Fin de contrat à durée déterminée

En cas de rupture conventionnelle, atteste n'avoir pas reçu de refus d'homologation de la convention de la part de la DDTEFP ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail

A LYON

le 24 | 08 | 2020

Signature



Personne à joindre concernant cette attestation

Christelle TROUSSE

Téléphone 04 72 32 58 94

Service Ressources Humaines

AFPICL - Université Catholique de Lyon
10 Place des Archives
69283 Lyon cedex 02
Tél. : 04 72 32 50 05
service.rh@univ-catholyon.fr
N° SIREN : 326 930 062