

ATTESTATION D'EMPLOYEUR DESTINÉE À Pôle 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.).

Unédic

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :

- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la joignant à la demande d'allocations d'assurance chômage ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance.

1. l'employeur

EULERIAN TECHNOLOGIES

162 BOULEVARD DE MAGENTA
75010 PARIS

Téléphone : 0142410101

Statut juridique : SAS, société par actions simplifiée

N° SIRET : 44279231300037

Code APE/NAF : 5829C

N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, ...) :

N° 117000001534542159

Nom URSSAF d'Ile de France

Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé :

50

Nombre total de salariés dans l'établissement au 31.12 écoulé :

50

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 d'affectation

N° interne employeur public

☐ Employeur ayant adhéré à titre révocable

Date d'adhésion :

☐ Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Statut du salarié :

☐ stagiaire

☐ titulaire

☐ non titulaire

☐ Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

2. le salarié

☐ M^{me}

☒ M

Nom de famille (nom de naissance) : ROUCHY

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom (s) : AURELIEN

Adresse : 14 RUE DE SEVIGNE

Code postal : 75004 Commune : PARIS

NIR (n° de Sécurité sociale) : 192059304624222

Date de naissance : 14/05/1992

Lieu de naissance : LIVRY GARGAN

☒ R ressortissant français* ☐ R ressortissant UE* ☐ R ressortissant EEE* ☐ R ressortissant Suisse* ☐ R ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification* : Cadre

30 Statut cadre ou assimilé :

☒ oui

☐ non

*voir notice

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

☐ AGIRC

☒ ARRCO

☐ IRCANTEC

☐ CRPN

☐ CNBF

☐ Autres (précisez) :

(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 concernent auprès de Pôle Emploi. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte de ces données.

4. emploi

- * Durée d'emploi salarié :** _____ du 0|3|1|0|2|0|1|9 au 0|3|0|4|2|0|2|0
- * Date de fin initiale du CDD :** _____
- * Dernier emploi tenu :** DEVELOPPEUR FRONT END JUNIOR Dernier lieu de travail : PARIS Dépt. 7|5|
- * Ancienneté dans l'entreprise :** ☐ moins d'1 an ☒ entre 1 an et moins de 2 ans ☐ au moins 2 ans
- * Date d'engagement de la procédure de licenciement ou de notification de la démission**
- ou de signature de la convention de rupture conventionnelle :** _____ 0|4|0|3|2|0|2|0
- * Préavis :** ☐ effectué : _____ du _____ au _____
- ☐ non effectué } ☐ payé : _____ du _____ au _____
- ☐ non payé : _____ du _____ au _____
- (motif) : _____
- * En cas d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale, indiquez la caisse (maladie ou vieillesse) :** _____
- * Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ?** _____ ☐ oui ☒ non
- * Catégorie d'emploi particulier :** ☐ intérimaire ☐ intermittent ☐ travailleur à domicile ☐ expatrié
- ☐ employé de maison ☐ assistante maternelle
- ☐ salarié en portage salarial ☐ autre : _____
(précisez)
- * Horaire de travail :**
- salarié au forfait ☐ oui ☐ non hebdomadaire mensuel annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ 35.00 ou 151.67 ou 1 820.00
- du salarié : _____ 35.00 ou 151.67 ou 1 820.00
- motif en cas de différence : ☐ travail à temps partiel
- ☐ autre motif : _____
(précisez)
- * Nature du contrat :** ☒ contrat à durée indéterminée ☐ contrat à durée déterminée
- * Contrat de type particulier :** ☐ apprentissage ☐ professionnalisation ☐ CUI-CIE ☐ CUI-CAE ☐ contrat d'engagement éducatif
- ☐ emploi d'avenir ☐ autre : _____
(précisez)
- * Périodes de suspension du contrat de travail :**
- ☐ Congé sabbatique _____ du _____ au _____
- ☐ Congé sans solde et assimilé _____ du _____ au _____
- ☐ Période de disponibilité des trois fonctions publiques _____ du _____ au _____
- * Statut particulier :** ☐ gérant ☐ administrateur/PDG/DG ☐ Mbre/Pdt du Directoire
- ☐ Mbre du Cons. de surveillance ☐ Pdt d'une association ☐ Mbre d'un GIE ☐ Associé/actionnaire
- ☐ autre : _____
(précisez)

5. motif de la rupture du contrat de travail

- 11 ☐ licenciement suite à redressement
ou liquidation judiciaire

12 ☐ licenciement suite à fermeture définitive
de l'établissement

14 ☐ licenciement pour motif économique

Salarié licencié à l'âge de 55 ans ou plus
Si une convention FNE a été conclue par l'entreprise, l'inté-
ressé a-t-il refusé la proposition d'adhérer à la convention ?

10 ☐ oui 21 ☐ non

15 ☐ licenciement pour fin de chantier

20 ☐ licenciement pour autre motif,
(précisez) :

25 ☐ autre rupture pour raison économique
(Art. L. 1233-3 al.2 du C. du T.)

31 ☐ fin de contrat à durée déterminée

32 ☐ fin de mission d'intérim

81 ☐ fin de contrat d'apprentissage

50 ☐ rupture anticipée du CDD pour inaptitude
constatée par le médecin du travail

95 ☐ rupture anticipée du CDD pour faute grave

82 ☐ résiliation judiciaire du contrat

83 ☐ rupture pour force majeure ou fait du prince

84 ☐ rupture d'un commun accord d'un contrat
à durée déterminée ou d'un contrat
d'apprentissage

34 ☒ fin de période d'essai à l'initiative
de l'employeur

35 ☐ fin de période d'essai à l'initiative
du salarié

36 ☐ rupture anticipée d'un contrat à durée
déterminée ou d'un contrat d'apprentissage
à l'initiative de l'employeur

37 ☐ rupture anticipée d'un contrat à durée
déterminée ou d'un contrat d'apprentissage
à l'initiative du salarié

38 ☐ mise à la retraite par l'employeur

39 ☐ départ à la retraite à l'initiative du salarié

59 ☐ démission (motif) :

88 ☐ rupture conventionnelle
(Art. L. 1237-11 du C. du T.)

60 ☐ autre motif : (précisez) :

0 3 0 4 2 0 2 0

Siret : 44279231300037 Code Naf : 5829C
Urssaf/Msa : 117000001534542159

Matricule : 00105
N° SS : 192059304624222

Emploi : **Developpeur Front End Junior**
Statut professionnel : **Cadre**
Position : **1.1**
Coefficient : **95**

Monsieur Aurélien ROUCHY
14 Rue de Sévigné
75004 PARIS

Entrée : 03/10/2019 Sortie : 03/04/2020
Ancienneté : 1 an et 6 mois 03/10/2018

Convention collective : Bureaux d'études techniques

Eléments de paie	Base	Taux	A déduire	A payer	Charges patronales		
Salaire de base	151.67	20.8787		3 166.67			
Absence pour entrée/sortie	- 133.00	20.5628	2 734.85				
Congés payés pris 010420-030420 (3 jours)	- 3.00	146.1315	438.39				
Indemnité congés payés (3 jours)				438.39			
--- Fin de contrat ---							
Indemnité compensatrice de congés payés				1 388.25			
Salaire brut				1 820.07			
Santé							
Sécurité Sociale - Mal. Mat. Inval. Décès					1 820.07	7.0000	127.40
Complémentaire - Incap. Inval. Décès					1 126.79	1.5400	17.35
Complémentaire - Incap. Inval. Décès	693.28	0.5650	3.92		693.28	0.5650	3.92
Complémentaire - Santé			36.45				54.69
Accidents du travail & mal. professionnelles					1 820.07	0.8000	14.56
Retraite							
Sécurité Sociale plafonnée	1 126.79	6.9000	77.75		1 126.79	8.5500	96.34
Sécurité Sociale déplafonnée	1 820.07	0.4000	7.28		1 820.07	1.9000	34.58
Complémentaire Tranche 1	1 126.79	4.0100	45.18		1 126.79	6.0100	67.72
Complémentaire Tranche 1	10 626.80	0.1400	14.88		10 626.80	0.2100	22.32
Complémentaire Tranche 2	693.28	9.8600	68.36		693.28	14.7800	102.47
Famille					1 820.07	3.4500	62.79
Assurance chômage							
Chômage					1 820.07	4.2000	76.44
APEC	1 820.07	0.0240	0.44		1 820.07	0.0360	0.66
Cot. statutaires ou prévues par la conv. coll.							
Cot. statutaires ou prévues par la conv. coll.					1 820.07	0.0200	0.36
Autres contributions dues par l'employeur							
Autres contributions dues par l'employeur					1 820.07	4.9710	90.48
Autres contributions dues par l'employeur					1 126.79	0.1000	1.13
Autres contributions dues par l'employeur					75.96	8.0000	6.08
CSG déduct. de l'impôt sur le revenu	1 864.18	6.8000	126.76				
CSG/CRDS non déduct. de l'impôt sur le revenu	1 864.18	2.9000	54.06				
Total des cotisations et contributions			435.08				779.29
Réintégration fiscale	54.69						
Net à payer avant impôt sur le revenu				1 384.99			
dont évolution de la rémunération liée à la suppression des cotisations chômage et maladie	25.64						
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS Taux non personnalisé	1 493.74	- 1.3000	19.42				
Net payé				1 365.57			

	Heures	Heures suppl.	Brut	Plafond S.S.	Net imposable	Ch. patronales	Coût Global	Total versé	Allègements
Mensuel	18.67		1 820.07	342.80	1 493.74	779.29	2 599.36	2 599.36	141.96
Annuel	473.68		11 320.08	10 626.80	9 315.94	4 867.03	16 187.11	15 953.11	882.96
Acquis							Net payé : 1 365.57 euros		
Pris							Paiement le 03/04/2020 par Chèque		
Solde									



malakoff médéric

*☒ **Frais de santé et/ou** *☒ **Prévoyance**
FINANCEMENT MUTUALISÉ

Ne rien inscrire dans ces cadres

Demande de portabilité au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale

(Tous les champs marqués par un astérisque sont obligatoires et à compléter par vos soins de façon manuscrite, lisible et sans rature.)

À compléter par l'entreprise

*RAISON SOCIALE EULERIAN TECHNOLOGIES *N° SIREN 4 4 2 7 9 2 3 1 3

*REPRÉSENTÉE PAR Guillaume FOUGNIES *EN QUALITÉ DE Président

■ Demande, au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, pour l'ancien salarié désigné ci-après, le maintien des garanties complémentaires frais de santé et/ou de prévoyance collective, selon les mêmes conditions de garanties et de révision que celles applicables aux salariés actifs, sous réserve de la réception du présent document dans les 30 jours qui suivent la cessation du contrat de travail.

■ *DATE D'EFFET DU CONTRAT DE TRAVAIL 0 3 1 0 2 0 1 9

■ *DATE DE LA CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL (1) 0 3 0 4 2 0 2 0

■ *MOTIF DE LA RADIATION (vous devez impérativement effectuer un choix) :

☐ LICENCIEMENT INDIVIDUEL OU POUR MOTIF ÉCONOMIQUE

☒ RUPTURE DE PÉRIODE D'ESSAI (par l'employeur)

☐ FIN DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE OU DE PROFESSIONNALISATION

☐ RUPTURE CONVENTIONNELLE

☐ DÉMISSION POUR MOTIF LÉGITIME

☐ FIN DE CDD

■ *CATÉGORIE PROFESSIONNELLE Ingénieur ou cadre position 1-1

(1) La portabilité prend effet au lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

À compléter par l'ancien salarié

Je soussigné(e)

*NOM DE FAMILLE (de naissance) ROUCHY

*PRÉNOM Aurélien

*NOM D'USAGE (d'époux)

*N° DE SÉCURITÉ SOCIALE 1 9 2 0 5 9 3 0 4 6 2 4 2 2 2

*DATE DE NAISSANCE 1 4 0 5 1 9 9 2

*ADRESSE 14 Rue de Sévigné

*CODE POSTAL 7 5 0 0 4 *VILLE PARIS

COURRIEL rouchy.aurelien@gmail.com

■ Demande le maintien des garanties complémentaires frais de santé et/ou de prévoyance collective, souscrite(s) par mon ancien employeur, au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, du fait de la cessation de mon contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

En tout état de cause, la cessation de l'allocation d'assurance chômage notamment en cas d'une reprise d'activité ou la résiliation du contrat d'assurance met fin aux garanties.

■ M'engage à communiquer, à l'assureur, **dans les meilleurs délais**, la date de cessation du versement de l'allocation du régime d'assurance chômage, mettant ainsi fin à la période de maintien des garanties complémentaires frais de santé et/ou de prévoyance collective au titre du dispositif de portabilité.

■ M'engage à adresser à l'assureur l'avis d'admission au régime d'assurance chômage, **dans les meilleurs délais**.

■ Ai noté que mes ayants droit couverts par la garantie complémentaire frais de santé en vigueur dans l'entreprise, au moment de la cessation du contrat de travail sont automatiquement affiliés au titre du présent maintien de garantie.

J'informerai l'assureur de toute modification de ma situation familiale.

■ Reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions du présent document, établi en accord avec mon ancien employeur et particulièrement du point suivant :

• à l'expiration de la période de maintien de droits au titre de la portabilité, si je bénéficie toujours des indemnités du régime d'assurance chômage pour la garantie complémentaire frais de santé, l'assureur m'adressera une proposition de maintien au titre des dispositions de l'article 4 de la loi Évin.

***Cadre réservé à l'ancien employeur**

*Fait à PARIS, *le 0 3 0 4 2 0 2 0

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé

***Cadre réservé à l'ancien salarié**

*Fait à , *le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Document à retourner à Malakoff Médéric - Pôle Affiliations TSA 20536 - 75426 Paris cedex 09.
Pour toute question, vous pouvez contacter votre conseiller. Retrouvez ses coordonnées sur votre Espace Clients Entreprises.

MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE / CAPREVAL / INPR
Institutions de prévoyance
Régies par le Code de la sécurité sociale
21 rue Laffitte 75009 Paris

MALAKOFF MÉDÉRIC MUTUELLE
N° SIREN 784 718 256
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II
du Code de la mutualité 21 rue Laffitte 75009 Paris

Les informations figurant sur ce document sont indispensables pour l'établissement et la gestion de votre dossier.

Sauf opposition écrite de votre part, ces informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite ou d'assurance du groupe Malakoff Médéric ainsi qu'à leurs filiales et partenaires aux fins de vous informer de leur offre de produits et services. Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, de suppression de toute information vous concernant figurant dans nos fichiers, en vous adressant à : sgil@malakoffmederic.com ou à Malakoff Médéric - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris Cedex 9

AGNC1905-5579

EULERIAN TECHNOLOGIES
162 Boulevard de Magenta
75010 PARIS

Siret : 44279231300037
Code Naf : 5829C

Certificat de travail

Je soussigné(e), FOURNIER Catherine,
Agissant en qualité de Directrice Admin. et Fin.

Certifie avoir employé Monsieur ROUCHY Aurélien

Demeurant à 14 Rue de Sévigné
75004 PARIS

En qualité de Developpeur Front End Junior
Position : 1.1
Coefficient : 95

Du 03/10/2019 au 03/04/2020

Sous réserve de justifier du bénéfice de l'assurance chômage auprès de l'organisme, en application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, vous pourrez bénéficier à titre gratuit de la portabilité des garanties au titre des risques :

- portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité (frais de santé),
- liés au décès, incapacité de travail ou invalidité (prévoyance),

pour la durée de la situation de chômage et dans la limite de 12 mois.

Fait à PARIS le 03/04/2020

Signature précédée du nom et de la qualité du signataire :
FOURNIER Catherine
Directrice Admin. et Fin.



EULERIAN TECHNOLOGIES
162 Boulevard de Magenta
75010 PARIS

Siret : 44279231300037
Code Naf : 5829C

Reçu pour solde de tout compte

Je soussigné, Monsieur ROUCHY Aurélien,

demeurant 14 Rue de Sévigné
75004 PARIS

reconnais avoir reçu ce jour, par Chèque,
de EULERIAN TECHNOLOGIES
162 Boulevard de Magenta 75010 PARIS

pour solde de tout compte la somme nette de *****1 365.57 Euros soit, en toutes lettres
*****Mille trois cent soixante cinq euros et cinquante sept centimes*****
correspondant à mon bulletin de paie du mois de Avril 2020.

Cette somme m'est versée en paiement des éléments suivants, étant précisé que les montants
sont indiqués avant déduction des éventuelles cotisations et contributions salariales :

Salaire de base	3 166.67
Absence pour entrée/sortie	- 2 734.85
Congés payés pris 010420-030420 (3 jours)	- 438.39
Indemnité congés payés (3 jours)	438.39
Indemnité compensatrice de congés payés	1 388.25
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS	- 19.42

Conformément à l'article L.1234-20 du Code du travail, je reconnais être informé de la possibilité
de dénoncer ce reçu pour solde de tout compte dans les six mois suivant sa signature par lettre
recommandée.

Passé ce délai, je ne pourrai plus contester les sommes qui y sont mentionnées.

Le présent reçu pour solde de tout compte a été établi en deux exemplaires, dont un m'est remis.

Fait à PARIS le 03/04/2020

Signature de l'employeur précédée de la mention
"Bon pour règlement des sommes indiquées"

*Bon pour règlement des
sommes indiquées*
Eulerian Technologies SAS
162 boulevard de Magenta
75010 PARIS
Tél. : 01 84 16 64 54
R.C.S Paris 0442 792 313

Signature du salarié précédée de la mention
"Bon pour acquit des sommes sous réserve d'encaissement"