

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 5 20 2 3

ATTESTATION N° E064446450

38

AEM INITIALE ☒

COMPLEMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NEGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° de L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 33531034800073

Code APE/NAF 5912Z

N° D'AFFILIATION 80000029732

au centre de recouvrement

N° IDCC 2717

Si différent, N° IDCC de la prestation de travail

Raison sociale ou nom ATLANTIC MEDIA

Téléphone 0251211112

Code Postal 85340

Commune OLONNE SUR MER

Courriel

Etes vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an)

OUI

NON

☒

Licence du spectacle

N° d'affiliation à la caisse des congés spectacles

OUI ☒ 0068042001W

NON

LABEL N°

☒ Certification sociale N° CS 0003202308

3/ SALARIE

Nom de famille (Nom de naissance) BAZIN

Prénom RENAUD

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)

NIR 181049401714134

Date de naissance 25 04 1981

Ressortissant français

☒

Ressortissant UE

Ressortissant EEE

Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 90 BOULEVARD NEY
BOITE 31

Code Postal 75018

Commune PARIS

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé TECHNICIEN SUPERIEUR SERVEUR VID

Numéro Objet 224Z47732104

Régime de retraite complémentaire

AUDIENS

Cadre ☒

Non Cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien ☒

Ouvrier

Date d'embauche 09 05 2023
(Date de début du contrat)

Contrat en cours

Sinon

Date de fin du contrat de 10 05 2023

Motif de cessation du contrat de travail

> Fin de contrat de travail à durée déterminée

☒

> Rupture anticipée à l'initiative :

du salarié

d'un commun accord

de l'employeur

En ce cas, terme initialement 00/00/00

Nombre d' HEURES effectuées

Nombre de CACHETS *

Dans tous les cas

Isolés

Groupés

Nombre de JOURS travaillés

25

2

* Uniquement pour les artistes (voir notice)

REMUNERATIONS VERSEES AU COURS DU MOIS

SALAIRES BRUTS

1 201,69

SALAIRES BRUTS

soumis à contribution d'assurance chômage *

1 085,19

TAUX

12,10 %

CONTRIBUTIONS

131,00

AUTRES RENUMERATIONS

+

Inscrire le taux en vigueur

0,00 %

* Dans la limite de 4 fois le plafond de

TOTAL

131,00

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom SALLE

Prénom Gilles

agissant en qualité de PDG

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et notamment en cas de cessation du contrat, que le motif de la rupture est le suivant

FIN DE CONTRAT A DUREE DETERMINEE

Fait à OLONNE SUR MER

Le 09 06 2023

Signature de l'employeur ou de son représentant

Personne à joindre concernant cette attestation

Téléphone 0251211112

SALLE Gilles

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 30 000 euros (Art. L 5429-1 du code du travail).

Vous devez conserver cette attestation mensuelle