

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**BS CLINIC PARIS 13**

23 RUE DU DESSOUS DES BERGES
75013 PARIS

Téléphone : 01 43 59 10 10

Statut juridique : SAS, société par actions simplifiée

N° SIRET : 88808346600019

Code APE/NAF : 8622C

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

N° 1171564526034

Nom URSSAF d'Ile de France

Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : 4



ne rien inscrire dans ce cadre

Nombre total de salariés dans l'établissement au 31.12 écoulé : 4

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 Employeur ayant adhéré à titre irrévocabile

Date d'adhésion : | | | | | | | |

Statut du salarié : stagiaire titulaire non titulaire

} Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du 1|2|0|1|2|0|2|1 au 3|1|0|3|2|0|2|1
- Date de fin initiale du CDD : _____
- Dernier emploi tenu : SECRETAIRE MEDICALE Dernier lieu de travail : PARIS Dépt. 75
- 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|1|0|3|2|0|2|1
- 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 :
 - salariés 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 : _____ 39.00 ou 169.00 ou 2 028.00
 - 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'intéressé 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) : _____

6.1 salaires des 12 mois civils complets précédent 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 25/11/2017, indiquez les salaires du 01/11/2016 au 31/10/2017).**

Dernier jour travaillé payé :

3|1|0|3|2|0|2|1

6.2 primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés doivent figurer dans la rubrique 6.3.

Primes ou indemnités à périodicité liées à l'activité du salarié

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

**POUR S'INSCRIRE OU SE RÉINSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI,
LE SALARIÉ EFFECTUE SA DEMANDE D'INSCRIPTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE**

www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire.

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

salaire (versé après le dernier mois civil mentionné au cadre 6.1)

Période du	au	Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)
01/03/2021	31/03/2021	31/03/2021	169.00	2 030.86	

indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____ | EUR |

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ | 546.77 EUR |

L'indemnité est-elle due par une caisse professionnelle ? oui non

Si oui, précisez laquelle : _____ et précisez le nombre de jours ouvrables _____ | 7,00 |

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

• Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) : _____ | EUR | dont indemnités :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> légale de licenciement _____ EUR (Art. L. 1234-9 du C. du T.) | <input type="checkbox"/> spéciale de licenciement _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> minimale de rupture conventionnelle _____ EUR (Art. L. 1237-13 du C. du T.) Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement | <input type="checkbox"/> spécifique de licenciement _____ EUR (Art. L. 1235-15 du C. du T.) |
| <input type="checkbox"/> de fin de contrat à durée déterminée _____ EUR | <input type="checkbox"/> due aux journalistes _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> de fin de mission _____ EUR | <input type="checkbox"/> légale de clientèle _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> de départ à la retraite _____ EUR | <input type="checkbox"/> légale due au personnel navigant de l'aviation civile _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> due en raison d'un sinistre _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> autres indemnités légales _____ EUR |

• Montant correspondant aux indemnités conventionnelles (convention collective) : _____ | EUR |

• Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) : _____ | EUR |

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 Pôle emploi.

7. 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 : _____

8. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : SILLAM (prénom) : BERNARD

agissant en qualité de :

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> directeur | <input type="checkbox"/> comptable | <input type="checkbox"/> mandataire liquidateur |
| <input type="checkbox"/> gérant | <input type="checkbox"/> chef du personnel | <input type="checkbox"/> administrateur judiciaire | <input checked="" type="checkbox"/> autre : PRESIDENT
(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 période d'essai à l'initiative de l'employeur.

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

À PARIS le | 3 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 |

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation :

DA SILVA Rosa

Téléphone : | 0 | 1 | 1 | 4 | 3 | 5 | 1 | 9 | 1 | 0 | 1 | 0 |

Cachet de l'entreprise

BS CLINIC PARIS 13
23 RUE DU DESSOUS DES BERGES
75013 PARIS
Siret 8808346600019
R.C.S PARIS