

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 02 2023

ATTESTATION N° E Z Y Q 1 5 4 0 6 8 33

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE ☒ COMPLÉMENTAIRE ☐ RECTIFICATIVE POSITIVE ☐ OU NEGATIVE ☐ N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 3 2 6 3 0 0 1 5 9 0 0 0 6 7 Code APE/NAF 6 0 2 0 A N° d'affiliation 80000031542
N° IDCC 5 5 6 5 Si différent, N° IDCC de la prestation de travail au centre de recouvrement
Raison Sociale TF1 SA Téléphone 0 1 4 1 4 1 3 0 6 8
ou nom
Code Postal 9 2 1 0 0 Commune BOULOGNE BILLANCOURT Courriel SRIBEIRO@TF1.FR
Êtes-vous titulaire d'une : Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI NON X
Licence du spectacle N° N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI X 3 2 4 4 7 0 0 1 E NON
Label N°
N° Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de Famille D R I O T Prénom P I E R R E
Nom d'usage D R I O T
NIR 1 9 0 0 8 9 3 0 6 4 0 9 9 6 2 Date de naissance 3 1 0 8 1 9 9 0
Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
Adresse 0 0 2 4 RUE DU CHEMIN VERT
Code Postal 9 2 1 0 0 Commune B O U L O G N E B I L L A N C O U R T

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé TRUQUISTE Numéro d'objet 0 8 8 Z 0 7 3 2 1 9 9 1
Régime de retraite complémentaire A U D I E N S Cadre ☐ Non Cadre ☒ Réalisateur ☐ Artiste ☐ Technicien ☒ Ouvrier ☐
Date d'embauche 1 2 0 2 2 0 2 3 Contrat en cours ☐ Sinon ☐ Date de fin du contrat de travail 1 2 0 2 2 0 2 3
Motif de cessation contrat de travail :
> Fin de contrat de travail à durée déterminée ☒
> Rupture anticipée à l'initiative
☐ du salarié
☐ d'un accord commun
☐ de l'employeur
En ce cas, terme initialement prévu
Nombre d'HEURES effectuées 8 Nombre de CACHETS* isolés groupés Dans tous les cas
ET / OU Nombre de JOURS travaillés 1
* uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant

3 3 8 , 6 3

Autres Rémunérations

SALAIRES BRUTS après

soumis à contributions d'assurance chômage *

3 3 8 , 6 3

TAUX

1 2 , 1 0 %

Inscrire le taux en vigueur

CONTRIBUTIONS DUES

4 1 ,

TOTAL

4 1 ,

* Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom RIBEIRO

Prénom SANDRINE

agissant en qualité de RESP. SERVICE ADMIN & PAIE

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 DE TRAVAIL A DUREE DETERMINEE

Fait à BOULOGNE BILLANCOURT le 2 4 0 2 2 0 2 3

Personne à joindre concernant cette attestation RIBEIRO SANDRINE

Téléphone 0 1 4 1 4 1 3 0 6 8

Signature de l'employeur
ou de son représentant légal