

LIBELLIO
 9 RUE BENJAMIN FRANKLIN
 78000 VERSAILLES
 SIRET 819103383 00017 APE/NAF 7112B

Conv. coll. SYNTEC

N° Séc.Soc. 1920199351296 01 Matricule 19
 Ancienneté 2 an(s) et 1 mois
 Date embauche 08/10/18
 Emploi INGENIEUR Indice 130
 Qualification
 Département INGENIEUR Coef 2.2
 Catégorie Cadres Horaire Forfait Heures

BULLETIN DE PAIE CLARIFIE

Période du 01/10/20 au 20/10/20
 Paiement le 20/10/20 par Virement S

M SMITI Salah

13 rue Viet

94000 CRETEIL

Désignation	Nombre	Base	Taux salarial	Part salarié		Part employeur	Date	RTT	Cgés payés	Autres absences
Salaire mensuel				2916,66			01/10/20			1,00 ABSNR
Absence non rémunérée					2916,66		02/10/20			1,00 ABSNR
Indem compensatrice congés pour solde de 6.68jours				1412,86			03/10/20			
Indem compensatrice RTT pour solde de 4.25jours				899,02			04/10/20			
							05/10/20			1,00 ABSNR
TOTAL BRUT				2311,88			06/10/20			1,00 ABSNR
SANTE							07/10/20			1,00 ABSNR
Sécurité Sociale - Maladie Maternité Invalidité Décès		2311,88			0,00	300,54	08/10/20			1,00 ABSNR
Complémentaire Incapacité Invalidité Décès		2311,88	0,565		13,06	13,06	09/10/20			1,00 ABSNR
ACCIDENTS DE TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES	1,00	2311,88			0,00	20,81	10/10/20			
RETRAITE							11/10/20			
Sécurité Sociale déplafonnée		2311,88	0,400		9,25	43,93	12/10/20			1,00 ABSNR
Complémentaire Tranche 2		2311,88	9,720		224,72	336,84	13/10/20			1,00 ABSNR
Contribution d'Equilibre Technique		2311,88	0,140		3,24	4,85	14/10/20			1,00 ABSNR
FAMILLE		2311,88			0,00	79,76	15/10/20			1,00 ABSNR
ASSURANCE CHOMAGE							16/10/20			1,00 ABSNR
Chômage		2311,88			0,00	97,10	17/10/20			
APEC		2311,88	0,024		0,55	0,83	18/10/20			
AUTRES CONTRIBUTIONS DUES PAR L'EMPLOYEUR		2311,88			0,00	35,75	19/10/20			
CSG déductible de l'impôt sur le revenu		2284,48	6,800		155,34	0,00	20/10/20			1,00 ABSNR
CSG/CRDS non déductible de l'impôt sur le revenu		2284,48	2,900		66,25	0,00				1,00 ABSNR
TOTAL DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS					472,41	933,47				
Indemnité transport collectif	0,64	75,20	50,000	24,06						
Acompte exceptionnel					436,07					
Commentaires : Mise à pied du 1er au 20/10/2020 Solde de tout compte le 20/10										

NET A PAYER AVANT IMPOT SUR LE REVENU	1427,46
dont évolution de la rémunération liée à la suppression des cotisations chômage et maladie	33,99

Impôt sur le revenu					Base	Taux de prélèvement à la source		Montant	
Impôt sur le revenu prélevé à la source					1905,72	14,70		280,14	
Cumuls	Salaire brut	Charges salariales	Charges patronales	Avantages en nature	Net imposable	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Net à payer en euros	
Période	2311,88	472,41	933,47	0,00	1905,72	0,00	0,00	1147,32	
Année	42993,47	8476,74	15834,35	0,00	35943,10	899,50	0,00	Allègement des cotisations employeur	41,61
Compteurs		Congés payés	RTT				Plafond SS	Total versé par l'employeur	3245,35
Acquis		0,00	0,00				0,00		
Pris		0,00	0,00				25824,27		
Restant		0,00	4,25						

Pour la définition des termes employés, se reporter au site internet service-public.fr rubrique cotisations sociales.

Pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée.

Univers Paie

CERTIFICAT DE TRAVAIL

EMPLOYEUR

LIBELLIO
9 RUE BENJAMIN FRANKLIN

78000 VERSAILLES
SIREN+NIC : 81910338300017
APE/NAF : 7112B
Code URSSAF

SALARIE

M SMITI Salah
13 rue Viet

94000 CRETEIL
N° de Sécurité Sociale : 1920199351296 01

a été employé(e) par nous, du 08/10/18 au 20/10/20 en qualité de :

Périodes		Emplois successivement occupés
Du	Au	
08/10/18	20/10/20	INGENIEUR

En application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, M SMITI Salah bénéficie du maintien :

- des garanties liées aux risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liées à la maternité,
- des garanties liées aux risques décès ou aux risques d'incapacité de travail ou d'invalidité.

M SMITI Salah nous quitte ce jour, libre de tout engagement.

Fait à

Versailles

, le

27/10/2020

LIBELLIO
SAS au Capital de 5000 €
819 103 383 R.C.S Versailles
9, bis rue Benjamin Franklin
78000 VERSAILLES

RECU POUR SOLDE DE TOUT COMPTE

Je soussigné(e) Salah SMITI
demeurant 13 rue Viet
94000 CRETEIL

Reconnais avoir reçu de mon employeur LIBELLIO
la somme de 1147,32 Euros, soit mille cent quarante sept Euros trente deux centimes
par virement tiré sur

Cette somme m'est versée, pour solde de tout compte, en paiement des salaires, accessoires du salaire, remboursements de frais et indemnités
de toute nature dus au titre de l'exécution et de la cessation de mon contrat de travail.

Avant déduction des charges sociales, cette somme que j'ai perçue correspond à un montant se décomposant comme suit :

Indemnité de congés payés	1412,86
---------------------------	---------

Indemnité de RTT	899,02
------------------	--------

Le présent reçu pour solde de tout compte a été établi en double exemplaire, dont un m'a été remis.

Je suis informé(e) que ce reçu peut être dénoncé dans les 6 mois à compter de la date indiquée ci-après et que, passé ce délai, je ne serai plus en droit de le contester.

Fait à

le

Mention manuscrite
"Bon pour solde de tout compte"
et signature du salarié

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.

Attestation éditée automatiquement par Pôle emploi le 27/10/2020 09:48, N° d'ordre 36

Logiciel utilisé : Sage Paie - Norme - version V01X13

1. l'employeur

LIBELLIO
9 RUE BENJAMIN FRANKLIN

VERSAILLES
78000 VERSAILLES

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 81910338300017

Code APE/NAF : 7112B

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

N°

Nom

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

Nombre total de salariés dans l'établissement au 31.12 écoulé : 24

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) : SMITI

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom(s) : Salah

Adresse : 13 rue Viet

CRETEIL

Code postal : 94000 Commune : CRETEIL

NIR (n° de Sécurité sociale) : 1920199351296

Date de naissance : 08/01/1992

Lieu de naissance : GABES

☒ Ressortissant français* ☐ Ressortissant UE* ☐ Ressortissant EEE* ☐ Ressortissant Suisse* ☐ Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification* : autres cadres au sens de la convention collective (ou du statut pour les régimes spéciaux) 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.

1920199351296, SMITI Salah

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : du 08/10/2018 au 20/10/2020
- Date de fin initiale du CDD :
- Dernier emploi tenu : INGENIEUR Dernier lieu de travail : Dépt. 78
- 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 : 25/09/2020
- 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 : (en heures)
 - salarié au forfait ☒ oui ☐ non hebdomadaire mensuel annuel
 - dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : ou 152.00 ou
 - du salarié : ou 151.67 ou
 - 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 GIF ☐ 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
- 15 ☐ licenciement pour fin de chantier ou d'opération
- 20 ☒ licenciement pour autre motif, (précisez) : licenciement pour faute grave
- 25 ☐ autre rupture pour raison économique (Art. L. 1233-3 dernier alinéa 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
- ☐ rupture conventionnelle collective
- ☐ rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité
- ☐ rupture dans le cadre d'un accord de performance collective
- ☐ licenciement du collaborateur parlementaire (Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1333 du 15 septembre 2017)
- 60 ☐ autre motif : (précisez) :

6.1 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 25/11/2017, indiquez les salaires du 01/11/2016 au 31/10/2017).

Dernier jour travaillé payé :

2	5	0	9	2	0	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

Période de paie du au		Date de paie	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Nb de jours ou d'heures (précisez) n'ayant pas été intégralement payés	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)	Observations En cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1		2	3	4	5	6	7
01/09/2019	30/09/2019	30/09/2019	151.67 Heure(s)		4866.41		
01/10/2019	31/10/2019	31/10/2019	151.67 Heure(s)		4500.00		
01/11/2019	30/11/2019	30/11/2019	151.67 Heure(s)		4648.54		Dont rappel paie du 01/10 au 31/10 85.21 E
01/12/2019	31/12/2019	31/12/2019	151.67 Heure(s)		4794.87		
01/01/2020	31/01/2020	31/01/2020	151.67 Heure(s)		4794.87		
01/02/2020	29/02/2020	29/02/2020	151.67 Heure(s)		4583.33		
01/03/2020	31/03/2020	31/03/2020	151.67 Heure(s)		4583.33		
01/04/2020	30/04/2020	30/04/2020	151.67 Heure(s)		4794.87		
01/05/2020	31/05/2020	31/05/2020	151.67 Heure(s)		4583.33		
01/06/2020	30/06/2020	30/06/2020	151.67 Heure(s)		4583.33		
01/07/2020	31/07/2020	31/07/2020	151.67 Heure(s)		4583.33		
01/08/2020	31/08/2020	31/08/2020	151.67 Heure(s)		3472.01		

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

Nature des primes ou indemnités (13 ^e mois, prime de vacances....).	Période couverte par l'indemnité ou la prime		Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage
	du	au		
prime liée au rachat des jours RTT avec période de rattachement	01/12/2019	31/12/2019	31/12/2019	1057.70
prime liée à l'activité avec période de rattachement spécifique	01/06/2020	30/06/2020	30/06/2020	490.19
prime liée au rachat des jours RTT avec période de rattachement	01/09/2020	20/10/2020	30/09/2020	899.02

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

Nature des primes ou indemnités (prime de transfert, prime de bilan...).	Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage
prime non liée à l'activité	30/11/2019	721.98
prime non liée à l'activité	31/12/2019	112.58
prime non liée à l'activité	31/01/2020	112.58
prime non liée à l'activité	31/03/2020	750.00

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

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

1920199351296, SMITI Salah

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)
01/09/2020 30/09/2020	30/09/2020	130.67 Heure(s)	3350.42	

indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____ EUR

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : 1412.86 EUR

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

Si oui, précisez laquelle : _____

et précisez le nombre de jours ouvrables _____

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

_____ EUR

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

dont indemnités :

- ☐ 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 _____
- ☐ 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) : _____ 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) : Stoichamps Lecocq (prénom) : Anne-Louise

agissant en qualité de :

- ☐ chef d'entreprise ☐ directeur ☐ comptable ☐ mandataire liquidateur
- ☐ gérant ☒ chef du personnel ☐ administrateur judiciaire ☐ autre : _____ (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 : licenciement pour faute grave

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

A Versaillesle 27/10/2020

Signature


Personne à joindre concernant cette attestation :
UNIVERSPAIE Laurine MAIGNE

Téléphone : _____

Cachet de l'entreprise

SAS au Capital de 5000 €
819 103 383 R.C.S Versailles
9, bis rue Benjamin Franklin
78000 VERSAILLES

Déclaration de portabilité des garanties Santé et Prévoyance

F-RH049-V2



Document à compléter par l'entreprise et par le salarié

Affilié(e) (ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise)

Nom : SMITH
Prénom(s) : Sarah
N° Immat. RO⁽¹⁾ : 1 92 01 99 351 296 01
Date de naissance : 08 01 1992
Adresse : 13 RUE VIET

Code Postal : 94000 Ville : CRETEIL
Tél. : 06 69 07 81 81
E-mail : sarah.smith@live.fr

(1) Régime Obligatoire de protection sociale

Entreprise

N° Siret : 8 19 1 03 383 000 17

Raison Sociale (ou cachet)

Prise d'effet de la garantie

Date d'effet de la cessation du contrat de travail : 20 10 2020

Le maintien des garanties santé et prévoyance est accordé, sauf en cas de licenciement pour faute lourde, dès la cessation du contrat de travail. Le présent document est à adresser à l'assureur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Portabilité des garanties Santé et Prévoyance

Contrat Santé (maintenu à titre gratuit) N° 158 / 233394 / 60000

Contrat Prévoyance (maintenu à titre gratuit) N° 4161 / 287465

Date de fin portabilité 20 10 2021

Rappel : La durée maximale étant égale à celle des derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise, dans la limite de 12 mois de couverture.

Informatique et libertés

Les données personnelles concernant les affiliés sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leurs contrats et de leurs garanties. A l'exception de celles relatives à leur santé, elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance de la contractante, aux services de l'assureur de chacune de leurs garanties, à ses partenaires, mandataires ou sous traitants, réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs concernés selon les dispositions prévues dans la notice d'information communiquée par l'assureur et dont les affiliés reconnaissent avoir pris connaissance.

Les affiliés disposent, en justifiant de leur identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais, en s'adressant par courrier postal à l'assureur.

Signature de l'entreprise

L'entreprise contractante : LIBELLIO

certifie l'exactitude des mentions portées sur cette demande.

Fait à _____

Le _____

Cachet de l'entreprise et signature de la personne qualifiée
dans l'entreprise pour certifier l'exactitude des déclarations



Signature du salarié(e)

Je soussigné(e) : _____, ancien(ne) salarié(e) de l'entreprise ci-dessus mentionnée, demande à bénéficier du maintien des garanties santé et/ou prévoyance, dans le cadre d'une rupture de contrat de travail conformément à l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale. Je reconnais avoir reçu la documentation contractuelle et la notice d'information précisant les conditions de maintien des droits au titre de la portabilité. Les droits à portabilité ne sont acquis que sous réserve que l'assuré(e) soit pris en charge par le régime d'assurance chômage. Par conséquent, en signant ce document, je m'engage à justifier, auprès de l'assureur, de mes droits à l'assurance chômage au cours de la période de portabilité. À tout moment, l'assureur pourra demander une attestation de mes droits aux allocations chômage. Le défaut de fourniture de ces justificatifs impliquera la fin du bénéfice des garanties.

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions relatives à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, figurant dans la notice d'information reçue.

Fait à _____

Le _____

Signature du salarié(e)



