

CERTIFICAT DE TRAVAIL

Je soussigné(e), PONCIN Guillaume, Directeur de l'Etablissement de la Société FSA

certifie que : DUPONT THOMAS,
demeurant à : 20B rue duchesne rabier
lotissement 6
45200 MONTARGIS
France

N° Sécurité Sociale : 1880525031015/15

A été employé(e) dans notre Société :

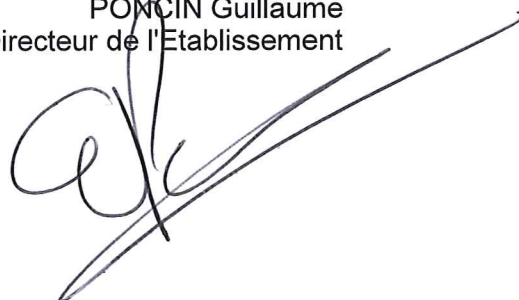
Du	Au	Fonction(s)	Type(s) de contrat
17.02.2014	31.10.2014	CONTROLEUR DE GESTION	CDI
01.11.2014	31.10.2016	CONT. DE GESTION USINE JUNIOR	CDI

DUPONT THOMAS nous quitte ce jour, libre de tout engagement.

Le présent certificat est délivré à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Nogent sur Vernisson
le 31.10.2016

PONCIN Guillaume
Directeur de l'Etablissement



RECU POUR SOLDE DE TOUT COMPTE

Je soussigné(e) : DUPONT THOMAS
demeurant à : 20B rue duchesne rabier
lotissement 6
45200 MONTARGIS
France

Reconnais avoir reçu, ce jour, de FSA :

1°) un certificat de travail,

2°) une attestation « Pôle Emploi »,

3°) la somme nette de 3 614,91 EUR (TROIS MILLE SIX CENT QUATORZE EUROS QUATRE-VINGT-ONZE CENTIMES) qui inclut les éléments suivants, avant déduction des cotisations sociales, y compris ceux liés à la cessation de mon contrat de travail à la date du 31.10.2016 :

- PRIME DE FIN D'ANNÉE	1 017,26	EUR
- REGUL 1/10 CP	311,86	EUR
- IND.COMP.CP ACQUIS	3 265,54	EUR

Je déclare connaître ma faculté de dénoncer ce reçu dans les six mois qui suivent sa signature, délai au-delà duquel il devient libératoire pour l'employeur pour les sommes qui y sont mentionnées (c. trav. art. L. 1234-20).

Le présent reçu est établi en deux exemplaires, dont l'un m'a été remis.

Fait à Nogent sur Vernisson, le 31.10.2016

Signature (précédée de la mention manuscrite) « Pour solde de tout compte »

RECU POUR SOLDE DE TOUT COMPTE

Je soussigné(e) : DUPONT THOMAS
demeurant à : 20B rue duchesne rabier
lotissement 6
45200 MONTARGIS
France

Reconnais avoir reçu, ce jour, de FSA :

1°) un certificat de travail,

2°) une attestation « Pôle Emploi »,

3°) la somme nette de 3 614,91 EUR (TROIS MILLE SIX CENT QUATORZE EUROS QUATRE-VINGT-ONZE CENTIMES) qui inclut les éléments suivants, avant déduction des cotisations sociales, y compris ceux liés à la cessation de mon contrat de travail à la date du 31.10.2016 :

- PRIME DE FIN D'ANNÉE	1 017,26	EUR
- REGUL 1/10 CP	311,86	EUR
- IND.COMP.CP ACQUIS	3 265,54	EUR

Je déclare connaître ma faculté de dénoncer ce reçu dans les six mois qui suivent sa signature, délai au-delà duquel il devient libératoire pour l'employeur pour les sommes qui y sont mentionnées (c. trav. art. L. 1234-20).

Le présent reçu est établi en deux exemplaires, dont l'un m'a été remis.

Fait à Nogent sur Vernisson, le 31.10.2016

Signature (précédée de la mention manuscrite) « Pour solde de tout compte »

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.).



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 72h de sa délivrance.

Attestation éditée automatiquement par Pôle emploi le 28/10/2016 09:43. N° d'ordre 66003

Logiciel utilisé : SAP HCM - Norme - version V01X10

1. l'employeur

NOGENT SUR VERNISSON

28 rue de Varennes

NOGENT SUR VERNISSON

45290 NOGENT SUR VERNISSON

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 39316243300246

Code APE/NAF : 2932Z

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 : 308

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

☐ Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Date d'adhésion :

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) : DUPONT

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : DUPONT

Prénom(s) : THOMAS

Adresse : lotissement 6 20B RUE DUCHESNE RABIER

Code postal : 45200 Commune : MONTARGIS

NIR : 1880525031015

Date de naissance : 02/05/1988 Lieu de naissance : AUDINCOURT

☒ Ressortissant français* ☐ Ressortissant UE* ☐ Ressortissant EEE* ☐ 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.

1880525031015, DUPONT THOMAS

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du 17/02/2014 au 31/10/2016
- Date de fin initiale du CDD : _____
- Dernier emploi tenu : CONT. DE GESTION USINE JUNIOR Dernier lieu de travail : _____ Dépt. 45
- Date d'engagement de la procédure de licenciement ou de notification de la démission ou de signature de la convention de rupture conventionnelle : _____ 04/10/2016
- 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 : ancienneté ☐ moins d'1 an ☐ entre 1 an et moins de 2 ans ☐ au moins 2 ans
autre : _____
(précisez)
- Horaire de travail : (en jours)
- salarié au forfait ☒ oui ☐ non hebdomadaire mensuel annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ ou 18.17 ou _____
- du salarié : _____ ou 18.17 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 : Autres contrats
(précisez)
- 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
- 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. 1237-14 du C. du T.)
- 60 ☐ autre motif : (précisez) : _____

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

1880525031015, DUPONT THOMAS

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 25/11/2015, indiquez les salaires du 01/11/2014 au 31/10/2015).

Dernier jour travaillé payé :

3|0|0|0|4|2|0|1|6|

Période de paie du 1 au 2		Date de paie 2	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours) 3	Nb de jours ou d'heures (précisez) n'ayant pas été intégralement payés 4	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage 5	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale) 6	Observations En cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif 7
01/05/2015	31/05/2015	31/05/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/06/2015	30/06/2015	30/06/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/07/2015	31/07/2015	31/07/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/08/2015	31/08/2015	31/08/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/09/2015	30/09/2015	30/09/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/10/2015	31/10/2015	31/10/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/11/2015	30/11/2015	30/11/2015	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/12/2015	31/12/2015	31/12/2015	151,17 Heure(s)		6154,00		
01/01/2016	31/01/2016	31/01/2016	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/02/2016	29/02/2016	29/02/2016	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/03/2016	31/03/2016	31/03/2016	151,17 Heure(s)		3077,00		
01/04/2016	30/04/2016	30/04/2016	151,17 Heure(s)		5354,56		

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 du au		Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage
prime liée à l'activité avec période de rattachement sp	01/01/2015	31/12/2015	31/12/2015	3077,00
prime liée à l'activité avec période de rattachement sp	01/01/2016	31/10/2016	31/05/2016	1017,26

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

**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.

1880525031015, DUPONT THOMAS

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)
01/05/2016	31/05/2016	31/05/2016		311,86	

**indemnité compensatrice
de préavis**

Montant : _____ [EUR]

**indemnité compensatrice
de congés payés**

Montant : _____ 3265,54 [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**

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

dont indemnités :

☐ légale de licenciement _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)☐ spéciale de licenciement _____
☐ spécifique de licenciement _____
(Art. L. 1235-15 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)☐ due aux journalistes _____
☐ légale de clientèle _____☐ de fin de contrat à durée déterminée _____☐ légale due au personnel
navigant de l'aviation civile _____☐ de fin de mission _____☐ versée à l'apprenti en application de
l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____☐ de départ à la retraite _____☐ 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) : POUCIN (prénom) : Guillaume

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 : démission

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 NOGENT VERNISSON le 21/10/2016

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation : _____

Téléphone : _____

Cachet de l'entreprise

faurecia

FAURECIA Sièges d'Automobile
28, Rue de Varennes
45290 NOGENT-SUR-VERNISSON
Tél. : 02 38 28 61 21
Fax : 02 38 28 61 24