

8139842E

À remplir par l'employeur et à joindre par le salarié à la demande d'allocations de sécurisation professionnelle.

À remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.). Un exemplaire doit en être adressé à :
PÔLE EMPLOI - CENTRE DE TRAITEMENT
BP 80069 - 77213 AVON Cedex

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :
- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la téléchargeant sur son espace personnel, si, au terme de sa demande d'allocations dématérialisée, il lui est demandé de la transmettre à Pôle emploi (pour s'inscrire ou se réinscrire comme demandeur d'emploi, le salarié effectuera sa demande sur le site internet de Pôle emploi : www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire) ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance, via son espace personnel sur Pôle emploi.

Unédic



ATTESTATION
EMPLOYEUR
→ FICHE 3

52025 1 JUIL. 2015

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 | L'employeur

Établissement employeur : ALTAIRIS

Adresse : 71 Route des Méandres - 74230 LA BALME DE THUY

S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal :

Téléphone : 04 50 64 00 36

Statut juridique : SAS

N° SIRET : 40236695900045

Code APE/NAF : 3320C

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

N° : 827 00000 2140854317

Nom : URSSAF Rhône-Alpes

Nom de l'organisme ayant recouvré les contributions obligatoires relatives au financement de la formation professionnelle continue (OPCO)

Nom : URSSAF Rhône-Alpes

Nombre total de salariés dans l'établissement employeur au 31.12 écoulé : 10

En cas d'établissements multiples,

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

Document destiné à l'employeur

2 | Le salarié

M. Mme

Nom de naissance : DUBOST

Prénom : Camille

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Adresse : 69 Avenue du Général de Gaulle
THONON-LES-BAINS

Code postal : 74200

N° Sécurité sociale (NIR) : 191 05 422 18 475 32

Date de naissance : 14 05 1991

Lieu de naissance : SAINT ETIENNE

Ressortissant français*

Ressortissant UE*

Ressortissant EEE*

Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification : Cadre

30

Statut cadre ou assimilé :

OUI

NON

* Voir notice

3 | Caisses de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées :

Régime AGIRC - ARRCO

CRPN

IRCANTEC

CNBF

Autre (précisez) :

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du directeur de Pôle emploi, d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

PAGE 1



ATTESTATION EMPLOYEUR

→ FICHE 3

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : DUBOST

Prénom : Côme

NIR: 191054221847532

4 | Emploi

5 | Motif de la rupture du contrat de travail

Rupture pour motif économique dans le cadre d'un contrat de sécurisation professionnelle.

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : **DUBOST**

Prénom : **Comc**

NIR : **191054221847532**

ATTESTATION
EMPLOYEUR

→ FICHE 3

6.1 Salaires des 36 derniers mois civils complets précédent le dernier jour travaillé et payé

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 36 mois civils précédent le dernier jour travaillé payé
(Ex : dernier jour travaillé payé : le 25/01/2020, indiquez les salaires du 01/01/2017 au 31/12/2019).

Dernier jour travaillé payé : **04 06 2025**

Période de paie du au	Date de paie 1 2	Temps de travail payé (en jours ou heures) 3	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3 4	Salaire mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage 5	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif 6
02/05/2023 31/05/2023	31/05/2023	18 jours		2590.91	
01/06/2023 30/06/2023	30/06/2023	22 jours		3166.67	
01/07/2023 31/07/2023	31/07/2023	20 jours		3166.67	
01/08/2023 31/08/2023	31/08/2023	22 jours		3166.67	
01/09/2023 30/09/2023	30/09/2023	21 jours		3166.67	
01/10/2023 31/10/2023	31/10/2023	11 jours	11 jours	3166.67	Arrêt travail
01/11/2023 30/11/2023	30/11/2023	14 jours	8 jours	3166.67	Arrêt travail
01/12/2023 31/12/2023	31/12/2023	20 jours		3166.67	
01/01/2024 31/01/2024	31/01/2024	22 jours		3166.67	
01/02/2024 29/02/2024	29/02/2024	21 jours		3166.67	
01/03/2024 31/03/2024	31/03/2024	21 jours		3166.67	
01/04/2024 30/04/2024	30/04/2024	21 jours		3166.67	
01/05/2024 31/05/2024	31/05/2024	20 jours		3166.67	
01/06/2024 30/06/2024	30/06/2024	20 jours		3166.67	
01/07/2024 31/07/2024	31/07/2024	23 jours		3166.67	
01/08/2024 31/08/2024	31/08/2024	22 jours		3166.67	
01/09/2024 30/09/2024	30/09/2024	21 jours		3166.67	
01/10/2024 31/10/2024	31/10/2024	23 jours		3166.67	
01/11/2024 30/11/2024	30/11/2024	21 jours		3166.67	
01/12/2024 31/12/2024	31/12/2024	22 jours		3166.67	
01/01/2025 31/01/2025	31/01/2025	23 jours		3166.67	
01/02/2025 28/02/2025	28/02/2025	20 jours		3166.67	
01/03/2025 31/03/2025	31/03/2025	21 jours		3166.67	
01/04/2025 30/04/2025	30/04/2025	22 jours		3166.67	
01/05/2025 31/05/2025	31/05/2025	22 jours		3166.67	
01/06/2025 04/06/2025	04/06/2025	3 jours		431.82	

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : DUBOST

Prénom : Côme

NIR : 191054221847539

6.1 Salaires des 36 derniers mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé (suite)

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 36 mois civils précédant le dernier jour travaillé payé
(Ex : dernier jour travaillé payé : le 25/01/2020, indiquez les salaires du 01/01/2017 au 31/12/2019).

Période de paie du 1	Date de paie au 2	Temps de travail payé (en jours ou heures) 3	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3 4	Salaire mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage 5	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif 6

6.2 | Salaire versé après le dernier mois civil indiqué au cadre ci-dessus

Période de paie	Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3	Salaire mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
du 1 au 2		3	4	5	6

6.3 | Primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

Période couverte par l'indemnité ou la prime du au	Date de paiement	Nature de la prime ou indemnité (13 ^e mois, prime de bilan, prime exceptionnelle...) ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés ne doivent pas figurer ici.	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

Reportez ici le nom, le prénom et le numéro de sécurité sociale (NIR) du salarié adhérent au CSP :

Nom : DUBOST

Prénom : Comme

NIR : 191054221847532

7 | Avance du Régime de garantie des créances des salariés (AGS)

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 | Participation au financement du contrat de sécurisation professionnelle

Contribution au financement de l'allocation de sécurisation professionnelle (pour les salariés justifiant de 1 an ou plus d'ancienneté dans l'entreprise)

- Montant correspondant à l'indemnité conventionnelle ou contractuelle de préavis (charges sociales, patronales et salariales comprises), dans la limite de trois mois, qui aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté le contrat de sécurisation professionnelle :

8782,44 €

- Durée de préavis pour lequel une indemnité conventionnelle ou contractuelle* aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté le CSP :

1 mois 2 mois 3 mois Autre (précisez) :

Cette somme est exigible le 25 du 2^e mois civil suivant la fin du contrat de travail du salarié.

*Si vous n'êtes pas soumis à une convention collective, il convient de prendre en compte le préavis légal.

9 | Authentification par l'employeur

Je soussigne(e), (nom) SONTON

(prénom) Jean-Marc



agissant en qualité de :

- chef d'entreprise directeur comptable
 gerant chef du personnel administrateur judiciaire

- mandataire liquidateur

Autre (précisez) : Président

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts.

À La Bâtie-de-Thuy

le 11/06/2025

Signature

Cachet de l'entrepreneur
ALTAIRE
ZA des Iles - 71 route des Méandres
74260 La Bâtie-de-Thuy
Tél. : 04 50 24 00 36
Sous au cap. : 14 160 000 €
402 366 865 RCS Annecy

Personne à joindre concernant cette attestation : Mme DÉMOLIS Téléphone : 0450640036

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à la constitution de votre dossier relatif au contrat de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du Directeur de Pôle emploi, d'un droit d'accès et de rectification des informations à caractère personnel qui vous concernent.

Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.



INFORMATION
POUR LE SALARIÉ
ANNEXE
→ FICHE 1

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

- Vous devez remettre le récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle (volet 2) dûment rempli à votre employeur dès réception des documents d'information.
- Que vous acceptez ou que vous refusez la proposition de contrat de sécurisation professionnelle, remettez à votre employeur le bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle dûment signé (volet 1) avant l'expiration du délai de réflexion.
- En cas d'acceptation du CSP vous devez en outre remplir le volet 3 du présent document.
- En cas d'acceptation du CSP fournir la copie de votre pièce d'identité ou du titre en tenant lieu (titre de séjour ...)

À remplir par le salarié et à compléter par l'employeur qui le transmettra au Pôle emploi

VOLET 1

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom du salarié DUBOST

NIR 193054223847532

Prénom(s) du salarié Camille

déclare, après avoir pris connaissance des informations contenues dans le document qui m'a été remis, accepter le contrat de sécurisation professionnelle et souhaite recevoir une demande d'allocation de sécurisation professionnelle.

Date de remise au salarié du document "information pour le salarié", accompagné de cette fiche

Date de fin du délai de réflexion, 21 jours* après la remise des documents **

(ex : remise du document le 1^{er} septembre - Fin du délai de réflexion : le 22 septembre)

Je refuse le contrat de sécurisation professionnelle***.

N° SIRET de l'entreprise : 402 366 959 000 45

Date et signature du salarié :

A La Balme de Thuy le 28.05.2025

Signature du salarié



Cachet de l'entreprise

ALTAIRE

2A des Iles - 71 route des Méandres

74230 La Balme de Thuy

Tél. : 04 50 64 00 36

SAS au capital de 150 000 €

402 366 959 RCS Annecy

* Le délai de 21 jours court à compter du lendemain de la remise des documents. Pour les salariés dont le renouvellement est soumis à autorisation, ce délai est prolongé jusqu'au lendemain de la date de notification à l'employeur de la décision de l'autorité administrative.

** Pour les salarié(e)s en congé de maternité, ce document peut être remis au plus tard au lendemain de la fin du congé de maternité légal.

*** En cas de refus, merci d'adresser le présent bulletin à Pôle emploi.

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

À compléter en cas d'acceptation du CSP.

Ces éléments sont retournés avec une copie de la pièce d'identité ou du titre de séjour à l'employeur qui les transmettra au Pôle emploi.

VOLET 3

I Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom de naissance : DUBOST

Nom d'usage :

Date de naissance : 34/05/1993

Marié(e)

Partenaire PACS

Concubin(e)

Prénom : Corine

NIR 193054221847532

Lieu de naissance : Saint Etienne

Célibataire

Veuf(ve)

Séparé(e)/Divorcé(e)

Enfants à charge : 00

Téléphone fixe :

Adresse mail : corine_dubost@hotmail.fr Téléphone mobile : 06 30 78 78 34

Demeurant : 69 avenue du général de Gaulle

74200 Thonon-les-Bains

Déclare

- Être licencié pour motif économique ou suite à une liquidation ou un redressement judiciaire
- Être bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée
- Avoir exercé une activité salariée d'au moins 4 mois dans les mois précédents
- Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi
- Avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (âge et nombre de trimestres)
- Être bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue, pour travailleur handicapé ou pour incapacité permanente
- Être un salarié protégé
- Être en congé maternité

<input checked="" type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input checked="" type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input checked="" type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input checked="" type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input checked="" type="checkbox"/>	NON

À La Balme de Thuy

le 28.05.2025

Signature du salarié



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ N° : 200542351556

Nationalité Française



DC

Nom : DUBOST

Prénom(s) : COME ETIENNE, JULIEN, RENE

Sexe : M

Né(e) le : 14.05.1991

à : SAINT-ÉTIENNE

Taille : 1.80m

Signature

du titulaire

IDFRADUBOST<<<<<<<<<<<<<042044

2005423515566COME<ETIENNE<<9105148M7

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ N° : 200542351556

Nationalité Française

DC Nom : DUBOST

Prénom(s) : COME-ETIENNE, JULIEN, RENÉ

Sexe : M

Né(e) le : 14.05.1991

Lieu : SAINT-ÉTIENNE

Taille : 1.80m

Signature

du titulaire

IDFRADUBOST<<<<<<<<<<<<<<042044

2005423515566COME<ETIENNE<<9105148M7

Adresse : 19 AVENUE DE LA LIBÉRATION
42600 MONTRIISON

Carte valable jusqu'au : 26.05.2035

délivrée le : 27.05.2020

par : PRÉFECTURE DE LA LOIRE (42)

Signature de l'autorité :

Le Préfet,

Evéne RICHARD



Crédit Mutuel

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque Guichet N° compte Clé Devise Domiciliation
10278 **07204** **00056166203** **57** **EUR** **CCM SAINT ETIENNE CARNOT**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)	FR76 1027 8072 0400 0561 6620 357	BIC (Bank Identifier Code)	CMCIFR2A
--	-----------------------------------	----------------------------	----------

Domiciliation
CCM SAINT ETIENNE CARNOT
3 RUE BERGSON
42000 ST ETIENNE

☎ 04 77 49 52 21

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

Domiciliation
CCM SAINT ETIENNE CARNOT

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Titulaire du compte (Account Owner)
M COME DUBOST
19 AVENUE DE LA LIBERATION
42600 MONTBRISON

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE



51P17000EJK000111010