

813 9842 E

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

Unédic

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 :  
POLE 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, et, 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](http://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.

**CSP** - Contrat de  
Sécurisation  
Professionnelle

ATTESTATION  
EMPLOYEUR

→ FICHE 3

5202 '7000 1 -

## Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

### 1 | L'employeur

Établissement employeur : ALTAIRE  
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 000002140854317 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 : 10

### 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 054221847532  
Date de naissance : 14 05 1991 Lieu de naissance : SAINT ETIENNE  
☒ Rattaché français\* ☐ Rattaché UE\* ☐ Rattaché EEE\* ☐ Rattaché 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) :

→ 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

- Durée d'emploi salarié :** du 02 05 2023 au 04 06 2025
- Ancienneté dans l'entreprise (art. L. 1234-1 CT) :** 2 1
- Dernier emploi tenu :** Ingénieur BE Automatismes ou Informatique
- Date de l'engagement de la procédure de licenciement :** 30 04 2025
- En cas d'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale, indiquez la caisse :**
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ?** ☐ OUI ☒ NON
- Catégorie d'emploi particulier :** ☐ travailleur à domicile ☐ autre :
- Horaire de travail :**
- salarié au forfait : ☒ OUI ☐ NON Précisez : ☐ convention de forfait en heures hebdomadaire ☐ convention de forfait en jours mensuel ☒ convention de forfait en jours annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : 218
- du salarié : 218
- motif en cas de différence : ☐ travail à temps partiel ☐ autre motif
- Contrat de type particulier :** ☐ professionnalisation ☐ CUI-CIE
- ☐ autre :
- 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 :
- Périodes de suspension du contrat de travail :**
- ☐ Congé sabbatique du au
- ☐ Congé sans solde et assimilé d'une durée d'un mois civil et plus du au
- ☐ Périodes de disponibilité des trois fonctions publiques du au
- Périodes d'absence du salarié au cours des 25 derniers mois de salaire ou 37 derniers mois si le salarié a 53 ans et plus :**
- ☒ Arrêt maladie du 17 10 2023 au 10 11 2023
- ☐ Congé maternité du au
- ☐ Congé paternité du au
- ☐ Congé d'adoption du au
- ☐ Activité Partielle du au

## 5 | Motif de la rupture du contrat de travail

~~X~~ 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 précédant le dernier jour travaillé et payé

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).

Dernier jour travaillé payé : 04 06 2025

Période de paie du 1	au 2	Date de paie 3	Temps de travail payé (en jours ou heures) 4	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés Utilisez la même unité de mesure que dans la colonne 3 5	Salaires mensuel brut soumis à contributions patronnales d'assurance chômage 6	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
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		Arrêt travail
01/11/2023	30/11/2023	30/11/2023	14 jours	8 jours		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	



51P1700EJAK000110310



**CSP**Contrat de  
Sécurité  
ProfessionnelleATTESTATION  
EMPLOYEUR

→ FICHE 3

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

Nom : DUBOSTPrénom : ComcNIR : 191054221 847532**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<sup>e</sup> 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 soussigné(e), (nom)

SONJON

(prénom)

Jean-Marc

agissant en qualité de :

- ☐ chef d'entreprise      ☐ directeur      ☐ comptable  
☐ gérant      ☐ chef du personnel      ☐ administrateur judiciaire

☐ mandataire liquidateur☒ Autre (précisez) : Président

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

A La Balme-de-Thuyle 11/06/2025

Signature

Cedat de l'entreprise

ALPINE

ZA des Iles - 71 route des Méandres  
74230 La Balme de Thuy  
Tél : 04 50 64 00 36  
SAS au capital de 100 000 €  
402 366 823 RCS Annecy

Personne à joindre concernant cette attestation : Mme DÉMOLISTelephone : 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.

**CSP** - Contrat de  
Sécurisation  
Professionnelle

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 acceptiez ou que vous refusiez 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**

Prénom(s) du salarié **Côme**

NIR **191054221847532**

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<sup>er</sup> septembre - Fin du délai de réflexion : le 22 septembre)

☐ Je refuse le contrat de sécurisation professionnelle\*\*\*.

N° SIRET de l'entreprise : **40236695900045**

Date et signature du salarié :

A **La Balme de Thuy** le **28.05.2025**

Signature du salarié

Cachet de l'entreprise

**ALTAIIRE**  
ZA des Iles - 71 route des Méendres  
74230 La Balme de Thuy  
Tél. : 04 50 64 00 36  
SAS au capital de 150 000 €

\* Le délai de 21 jours court à compter du lendemain de la remise des documents. Pour les salariés dont le licenciement 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.



5177000EJK000110510

## 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

#### Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom de naissance : **DUBOST**

Nom d'usage :

Date de naissance : **14/05/1991**

Prénom : **Côme**

NIR : **191054221847532**

Lieu de naissance : **Saint Etienne**

☐ Marié(e)

☐ Partenaire PACS

☐ Concubin(e)

☒ Célibataire

☐ Veuf(ve)

☐ Séparé(e)/Divorcé(e)

Enfants à charge : **00**

Téléphone fixe :

Adresse mail : **come\_dubost@hotmail.fr**

Téléphone mobile : **0630787834**

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

**À La Balme de Thuy**

le **28.05.2025**

Signature du salarié







Adresse : 19 AVENUE DE LA LIBÉRATION  
42600 MONTERISON

Carte valable jusqu'au : 26.05.2035  
délivrée le : 27.05.2020

par : PRÉFECTURE DE LA LOIRE (42)

Signature de l'autorité :

Le Préfet,

Evence RICHARD



Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	07204	00056166203	57	EUR

Domiciliation  
**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

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

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.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

