

INSTITUT SUPÉRIEUR D'OPTIQUE

13-15 BOULEVARD JOFFRE
54000 NANCY
Siret : 499377836 00014

Monsieur MIGLIANO Pierluigi

69 Rue du Dr Escat

13006 MARSEILLE 6EME ARRONDISSE

NANCY, le 28 décembre 2020

Objet : Reçu pour solde de tout compte

À l'occasion de la rupture du contrat de travail de Monsieur MIGLIANO Pierluigi, demeurant à MARSEILLE 6EME ARRONDISSE les sommes suivantes font l'objet du présent reçu :

Salaire de base	127,60 €
Indemnité compensatrice de CP mensuelle	19,65 €
Indemnité de fin de contrat Cdd	12,76 €

Toutes ces sommes, après prélèvement des cotisations sociales, représentent un montant total de 141,49 euros nets, correspondants aux sommes qui étaient dues à Monsieur MIGLIANO Pierluigi au titre de l'exécution et de la rupture de son contrat de travail.

Monsieur MIGLIANO Pierluigi reconnaît avoir reçu ces sommes et en donne reçu à son employeur, la société INSTITUT SUPÉRIEUR D'OPTIQUE.

En application de l'article L. 1234-20 du Code du travail, Monsieur MIGLIANO Pierluigi dispose de 6 mois à compter de la date du présent reçu pour contester les sommes indiquées ci-dessus, délai au-delà duquel il devient libératoire pour les sommes qui y sont mentionnées.

Le présent reçu a été établi en double exemplaire, dont un exemplaire a été remis à Monsieur MIGLIANO Pierluigi.

Fait à NANCY, le 28 décembre 2020.

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 28/12/2020 09:56. N° d'ordre 567138558922259

Logiciel utilisé : Pi4 rRH software - Norme - version V01X13

1. l'employeur

INSTITUT SUPÉRIEUR D'OPTIQUE
13 15 BOULEVARD JOFFRE

54000 NANCY

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 49937783600014

Code APE/NAF : 8542Z

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 :

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) : MIGLIANO

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom (s) : Pierluigi

Adresse : 69 Rue du Dr Escat

Code postal : 13006 Commune : MARSEILLE

NIR (n° de Sécurité sociale) : 185099627432

Date de naissance : 26/09/1985 Lieu de naissance :

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

Niveau de qualification* : employé administratif d'entreprise, de commerce, agent de service ☐ 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.

1850999627432, MIGLIANO Pierluigi

4. emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du au
- Date de fin initiale du CDD : _____
- Dernier emploi tenu : Enseignant OG Dernier lieu de travail : _____ Dépt.
- 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 : _____
- 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
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____ hebdomadaire mensuel annuel
- du salarié : _____ ou 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 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 ou d'opération
- 20 ☐ licenciement pour autre motif, (précisez) : _____
- 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° 2017-1339 du 15 septembre 2017)
- 60 ☐ autre motif : (précisez) : _____

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 :

0 4 1 2 2 0 2 0

[illegible]

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

[illegible]

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

[illegible]

page 3

1850999627432, MIGLIANO Pierluigi

6.3 sommes versées à l'occasion de la rupture (solde de tout compte)

salaires (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)	Salaires mensuels brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)
04/12/2020	04/12/2020	04/12/2020	4.00 Heure(s)	127.60	
				+ ICCP 19.65 E.	

indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____ EUR

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ 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) : _____ 12.76 EUR

dont indemnités :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> légale de licenciement _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.) | <input type="checkbox"/> spéciale de licenciement _____ |
| <input type="checkbox"/> minimale de rupture conventionnelle _____
(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement | <input type="checkbox"/> spécifique de licenciement _____
(Art. L. 1235-15 du C. du T.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> de fin de contrat à durée déterminée _____ 12.76 | <input type="checkbox"/> due aux journalistes _____ |
| <input type="checkbox"/> de fin de mission _____ | <input type="checkbox"/> légale de clientèle _____ |
| <input type="checkbox"/> de départ à la retraite _____ | <input type="checkbox"/> légale due au personnel navigant de l'aviation civile _____ |
| | <input type="checkbox"/> versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____ |
| | <input type="checkbox"/> due en raison d'un sinistre _____ |
| | <input type="checkbox"/> 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) : DROUOT VOILQUIN (prénom) : Virginie

agissant en qualité de :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> directeur | <input type="checkbox"/> comptable | <input type="checkbox"/> mandataire liquidateur |
| <input type="checkbox"/> gérant | <input type="checkbox"/> chef du personnel | <input type="checkbox"/> administrateur judiciaire | <input checked="" type="checkbox"/> autre : Directrice péda (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 : fin de contrat à durée déterminée ou fin d'accueil occasionnel

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.

À NANCY le 28/12/2020

Signature

Personne à joindre concernant cette attestation : CHAOUKI Sanae

Téléphone : _____

Cachet de l'entreprise



ISO NANCY
 13/15 Bld Joffre
 54000 NANCY
 Tél. : 03.83.45.83.45
 Mail : isonancy@iso.fr
 Siret : 49937783600014
 Déclaration d'activité : A1 S4 02508 S4



INSTITUT SUPÉRIEUR D'OPTIQUE

13-15 BOULEVARD JOFFRE
54000 NANCY

Siret : 499377836 00014

CERTIFICAT DE TRAVAIL

Je soussigné Madame DROUOT VOILQUIN Virginie Directrice pédagogique de la société INSTITUT SUPÉRIEUR D'OPTIQUE, certifie que Monsieur MIGLIANO Pierluigi a travaillé dans notre entreprise et occupé le(s) poste(s) suivant(s) :

Enseignant OG du 04 décembre 2020 au 04 décembre 2020

et nous quitte, ce jour, libre de tout engagement.

Fait à NANCY, le 04 décembre 2020.

Madame DROUOT VOILQUIN Virginie