

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 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.

Unédic

Attestation éditée automatiquement par POLE EMPLOI le 23/08/2021 10:37 N° d'ordre 1711359815

Logiciel utilisé : AE WEB RG

1. l'employeur

COMMUNE D AUSSAC

16560 AUSSAC VADALLE

Téléphone : 0545206160

Statut juridique :

N° SIRET : 21160024200013

Code APE/NAF : 8411Z

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

N° 15557

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 : 01/01/1999

☐ 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) : Romain

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom (s) : LEGEAY

Adresse : 2 rue du fond du bois

Code postal : 16560 Commune : AUSSAC VADALLE

NIR (n° de Sécurité sociale) : 1030516166314

Date de naissance : 27/05/2003

Lieu de naissance : L'ISLE D'ESPAGNAC

☒ 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

06

Statut cadre ou assimilé :

☐ oui

☒ non

*voir notice

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

☐ Régime AGIRC-ARRCO

☐ CRPN

☐ Autres (précisez) :

☒ IRCANTEC

☐ CNBF

• En cas d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale, indiquez la caisse (maladie ou vieillesse) :

Régime général

• Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ☐ oui ☒ non

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.

1030516166314 Romain LEGEAY

4. emploi (suite)

- Catégorie d'emploi particulier : ☐ travailleur à domicile ☐ employé de maison ☐ assistante maternelle
☐ autre :
 (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)
- Horaire de travail : (en heures)
 - salarié au forfait ☐ oui ☒ non — Précisez : ☐ convention de forfait en heures ☐ convention de forfait en jours
- | | hebdomadaire | | mensuel | | annuel |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|----|-------------------------------------|----|----------------------|
| - dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : — | <input type="text"/> | ou | <input type="text" value="151.67"/> | ou | <input type="text"/> |
| - du salarié : — | <input type="text"/> | ou | <input type="text" value="35.39"/> | ou | <input type="text"/> |
- motif en cas de différence : ☒ travail à temps partiel
☐ autre motif :
 (précisez)

5. motif de la rupture du contrat de travail

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11 <input type="checkbox"/> licenciement suite à redressement ou liquidation judiciaire | 34 <input type="checkbox"/> fin de période d'essai à l'initiative de l'employeur |
| 12 <input type="checkbox"/> licenciement suite à fermeture définitive de l'établissement | 35 <input type="checkbox"/> fin de période d'essai à l'initiative du salarié |
| 14 <input type="checkbox"/> licenciement pour motif économique | 36 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative de l'employeur |
| 15 <input type="checkbox"/> licenciement pour fin de chantier ou d'opération | 37 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage à l'initiative du salarié |
| 20 <input type="checkbox"/> licenciement pour autre motif :
(précisez) | 38 <input type="checkbox"/> mise à la retraite par l'employeur |
| 25 <input type="checkbox"/> autre rupture pour raison économique (Art. L. 1233-3 dernier alinéa du C. du T.) | 39 <input type="checkbox"/> départ à la retraite à l'initiative du salarié |
| 31 <input checked="" type="checkbox"/> fin de contrat à durée déterminée | 59 <input type="checkbox"/> démission |
| 32 <input type="checkbox"/> fin de mission d'intérim | 43 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle |
| 81 <input type="checkbox"/> fin de contrat d'apprentissage | 110 <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle collective |
| 33 <input type="checkbox"/> rupture anticipée d'un CDD ou d'un contrat de mission en cas d'inaptitude physique constatée par le médecin du travail | <input type="checkbox"/> rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité |
| 95 <input type="checkbox"/> rupture anticipée du CDD pour faute grave | 111 <input type="checkbox"/> rupture dans le cadre d'un accord de performance collective |
| 82 <input type="checkbox"/> résiliation judiciaire du contrat | 115 <input type="checkbox"/> licenciement du collaborateur parlementaire (Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1339 du 15 septembre 2017) |
| 83 <input type="checkbox"/> rupture pour force majeure ou fait du prince | <input type="checkbox"/> rupture conventionnelle (fonction publique) |
| 84 <input type="checkbox"/> rupture d'un commun accord d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> démission avec versement d'une indemnité de départ volontaire |
| | 60 <input type="checkbox"/> autre motif :
(précisez) |

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

2 0 0 8 2 0 2 1

page 4

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

[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

Nature des primes ou indemnités (prime de transfert, prime de bilan...).	Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

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

1030516166314 Romain LEGEAY

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		Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	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 d'assurance chômage
du	au	2	3	4	5
16/08/2021	20/08/2021	28/08/2021	35.39 heure(s)		363.01

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ 39.93 | 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) : _____ 36.30 | 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 _____ 36.30 | <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"/> compensatrice de compte épargne temps (CET) _____ |
| | <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) : LIOT (prénom) : Gérard

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 : Maire de la commune (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 Aussac-Vadalle le 23 | 08 | 20 | 21

Signature

Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation :

CROIZARD Céline

Téléphone : 05 | 45 | 20 | 61 | 60