

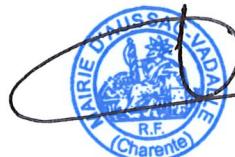
A Aussac-Vadalle, le 23 juin 2021

A.T.T.E.S.T.A.T.I.O.N

Je soussigné, Gérard LIOT, Maire d'AUSSAC-VADALLE atteste que Madame LAVIGNE Karine, née le 14 avril 1976 à RUFFEC a travaillé à la Mairie d'Aussac-Vadalle comme suit :

- du 31 mai 2021 au 20 juin 2021 employée à raison de 2 heures par jour d'école pour le ménage des salles de classe.

Le Maire,
Gérard LIOT



MAIRIE – 61, Rue de la République 16560 AUSSAC-VADALLE

Tél : 05 45 20 61 60 /Télécopie: 09 72 31 00 94

Courriel: mairie@aussac-vadalle.fr

Internet : www.aussac-vadalle.fr

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

Attestation éditée automatiquement par POLE EMPLOI le 21/06/2021 14:49 N° d'ordre 1710835763

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.

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 :



ne rien inscrire dans ce cadre

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

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 : 0|1|0|1|1|9|9|9

Statut du salarié : stagiaire titulaire non titulaire

2. le salarié

Mme M

Nom de famille (nom de naissance) : LAVIGNE

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

Prénom (s) : Karine

Adresse : 12 rue des petites forêts

Code postal : 1|6|5|6|0 Commune : TOURRIERS

NIR (n° de Sécurité sociale) : 2|7|6|0|4|1|6|2|9|2|0|1|3|

Date de naissance : 1|4|0|4|1|9|7|6 Lieu de naissance : Ruffec

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 0|6 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.

2760416292013 LAVIGNE Karine

4. emploi

2760416292013 LAVIGNE Karine

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)
 - salariée au forfait oui non Précisez : convention de forfait en heures convention de forfait en jours

hebdomadaire	mensuel	annuel
_____	ou 151.67	ou _____
_____	ou 34.67	ou _____

 - dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : _____
 - du salarié : _____
 - motif en cas de différence : travail à temps partiel
 autre motif : _____ (*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
- 33 rupture anticipée d'un CDD ou d'un contrat de mission en cas d'inaptitude physique 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
- 43 rupture conventionnelle
- 110 rupture conventionnelle collective
- rupture amiable dans le cadre d'un congé de mobilité
- 111 rupture dans le cadre d'un accord de performance collective
- 115 licenciement du collaborateur parlementaire (*Art. 18 et 19 de la loi n° 2017-1339 du 15 septembre 2017*)
- rupture conventionnelle (fonction publique)
- démission avec versement d'une indemnité de départ volontaire
- 60 autre motif : (*précisez*)

2760416292013 LAVIGNE Karine

6.1 salaires des 36 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 et payé. (Ex : dernier jour travaillé et payé : le 25/01/2020, indiquez les salaires du 01/01/2017 au 31/12/2019)

Dernier jour travaillé payé :

18062021

2760416292013 LAVIGNE Karine

6.1 salaires des 36 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 et payé. (Ex : dernier jour travaillé et payé : le 25/01/2020, indiquez les salaires du 01/01/2017 au 31/12/2019)

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

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

**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.

2760416292013 LAVIGNE Karine

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 1	au 20/06/2021	Date de paiement 2 28/06/2021	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours) 3 34.67 heure(s)	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 d'assurance chômage 5 237.09

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) : _____ | EUR | 25.78 | EUR |
- dont indemnités :

- légale de licenciement _____ | spéciale de licenciement _____ |
- (Art. L. 1234-9 du C. du T.) spécifique de licenciement _____ |
- minimale de rupture conventionnelle _____ | due aux journalistes _____ |
- (Art. L. 1237-13 du C. du T.) légale de clientèle _____ |
- Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement)*
- de fin de contrat à durée déterminée _____ | 25.78 | légale due au personnel _____ |
- de fin de mission _____ | navigant de l'aviation civile _____ |
- de départ à la retraite _____ | versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____ |
- de raison d'un sinistre _____ | due en raison d'un sinistre _____ |
- compensatrice de compte _____ | épargne temps (CET) _____ |
- 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. authentication par l'employeur**

Je soussigné(e), (nom) : LIOT (prénom) : Gérard

agissant en qualité de :

- chef d'entreprise directeur comptable mandataire liquidateur
- gérant chef du personnel administrateur judiciaire 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 Dirccte ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À Aussac-Vadalle le 21/06/2021

Signature

Le Maire,

Gérard LIOT

Personne à joindre concernant cette attestation :

LIOT Gérard

Téléphone :

05 45 20 61 60

Cachet de l'entreprise

