

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 ...)

VOLET 1

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

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom du salarié SAHLI Prénom(s) du salarié ABDELKADER

NIR 171 0399350842 61

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 23 09 2020

Date de fin du délai de réflexion, **21 jours*** après la remise des documents **. 14 10 2020

(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 : |

Date et signature du salarié :

A GONESSE le 23 09 2020

Signature du salarié



Cachet de l'entreprise

M.J.S. PARTNERS SELAS
65 Boulevard de la République
59100 ROUBAIX
SIRET 403 608 136 00145

* 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.

10-31-1174
PEFC

VOLET 2

À remplir par le salarié

Récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom du salarié SAHLI Prénom(s) du salarié ABDELKADER

NIR 171 0399350842 61

reconnais avoir reçu un document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle m'indiquant que je dispose d'un délai de réflexion de 21 jours* après la remise des documents** pour faire connaître ma réponse et qu'en cas d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle, mon contrat de travail sera rompu au terme de ce délai de réflexion de 21 jours*.

A GONESSE le 23 09 2020

* 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 salariés en congé de maternité, ce document peut être remis au plus tard au lendemain de la fin du congé de maternité légal.

Signature du salarié



À remettre à votre employeur.

RECTO

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.

VERSO



DEMANDE
D'ALLOCATIONS
→ FICHE 2

Demande d'allocation de sécurisation professionnelle

1 Votre état civil et situation familiale

☒ M. ☐ Mme Nom de naissance SAHLI
Prénom : ABDELKADER
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : _____
Né(e) le : 13/03/1971 à : Jerada
Nationalité : MAROCAINE
☒ Marié(e) ☐ Partenaire PACS ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)/Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s) à charge : 03
N° Sécurité sociale (NIR) : 1710390350842 61
Autre régime : _____

2 Votre adresse

N° : 37 Voie : square de la garenne
(bât., esc., ...): _____
Code postal : 95500 Commune : GONESSE Tél. : _____
e-mail : Kader.sahli1971@gmail.com Tél. portable : 0618577383
Acceptez-vous de recevoir de la part de Pôle emploi ? des SMS ☒ OUI ☐ NON des e-mails ☒ OUI ☐ NON

3 Domiciliation fiscale

Êtes-vous, au titre de la dernière année fiscale, domicilié fiscalement à l'étranger ? ☐ OUI ☒ NON
Si oui, indiquez la date à laquelle vous avez transféré votre résidence en France ? _____

4 Précédentes demandes d'allocations chômage

Avez-vous déposé une demande d'allocations, depuis moins de 5 ans, auprès d'un site de Pôle emploi ou d'un organisme public ? ☐ OUI ☒ NON
Si OUI, quel site (ou quel organisme) ? _____
Joignez une photocopie du dernier avis de paiement ou de la notification de décision.

Les données à caractère personnel recueillies dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à votre inscription comme demandeur d'emploi, à l'étude de vos droits à l'assurance chômage, à la définition et au suivi de votre projet personnalisé d'accès à l'emploi. Ces données sont mises à disposition : des services de l'Etat, des collectivités territoriales, des partenaires et prestataires de Pôle emploi, concourant à votre reclassement et à votre recherche d'emploi, soit dans un dossier dématérialisé dénommé dossier unique du demandeur d'emploi (DUDE) soit par convention de transfert de données. Elles sont communiquées à des organismes de protection sociale afin d'une part de garantir vos droits sociaux et d'autre part d'éviter des cumuls indus de prestations sociales. Elles font l'objet d'un rapprochement avec des données contenues dans le fichier Altarès ayant pour finalité l'agrégation et la diffusion d'annonces légales relatives à l'exercice d'un mandat social. Si vous êtes bénéficiaire du RSA les données relatives à votre inscription sur la liste sont communiquées au président du conseil général de votre département à des fins de suivi et de contrôle de vos droits et devoirs. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre agence de Pôle emploi en application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative aux fichiers à l'informatique et aux libertés. Votre demande peut être effectuée sur place ou par courrier en justifiant de votre identité. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte des données obligatoires.

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : SAHLI

Prénom : Abdelkader

NIR : 171039935084261

5 Renseignements relatifs à votre activité

INDIQUEZ TOUTES VOS ACTIVITÉS DEPUIS 3 ANS (Joignez une feuille séparée si nécessaire)

Périodes d'emploi

dernier emploi

du 10 07 2001 au 24 10 2020

avant-dernier emploi

du au

• Si votre avant-dernier employeur était une collectivité territoriale ou un établissement public administratif (exemples : mairie, hôpital public...), étiez-vous ? ☐ titulaire ☐ non-titulaire

emplois précédents

du au

Vos employeurs

Joignez les originaux de toutes les attestations destinées
à Pôle emploi qui vous ont été remises par ces employeurs

Autres périodes

Joignez le document demandé en face de chaque catégorie

stages, formation

du au

photocopies des certificats de fin de stage ou de formation

arrêt-maladie congé de maternité accident de travail ou invalidité

du 24 06 2020 au 15 07 2020

attestation Sécurité sociale (formule 3316)

du au

chômage

du au

photocopie des notifications de décision si vous avez été indemnisé(e)
par un autre site de Pôle emploi ou une ex-Assédic

congé parental d'éducation ou de présence parentale

du au

attestation de l'employeur

bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale

ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréPare)

ou du complément de libre choix d'activité de la PAJE

du au

attestation de la Caisse d'Allocations Familiales

6 Étiez-vous au titre de votre dernier emploi ?

- Associé, mandataire, dirigeant (administrateur, PDG, gérant, etc.) de société commerciale ou civile, de groupement ou d'association
- Artisan, commerçant, membre d'une profession libérale
- Conjoint du chef d'entreprise

☐ OUI

☒ NON

SI OUI, Pôle emploi prendra contact avec vous.

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : SAHLI

Prénom : ABDELKADER

NIR : 1710398350342 64

7 Votre situation actuelle

- Êtes-vous en arrêt-maladie, congé de maternité ou accident de travail, pris(e) en charge par la Sécurité sociale ou la MSA (au titre des Indemnités Journalières) ? ☐ OUI ☒ NON
- Êtes-vous bénéficiaire du complément de libre choix d'activité de la PAJE ?
ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréPare) ? (ou de l'allocation journalière de présence parentale) ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, précisez : ☐ à taux plein ☐ à taux partiel
- Exercez-vous une autre activité professionnelle (salarée ou non)
que celle pour laquelle votre employeur vous propose le contrat de sécurisation professionnelle ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI :
 - nature de cette activité : _____
 - nom ou raison sociale de l'employeur : _____
 - jusqu'à quelle date ? | | | | | | | | | | ☐ En cours

Êtes-vous... ?

Inscrit au Registre du commerce	Inscrit au Répertoire des Métiers	Inscrit à un ordre professionnel	Exploitant agricole affilié à la Mutualité Sociale Agricole	Mandataire de société, groupement ou association	Auto-entrepreneur
☐ OUI ☒ NON	☐ OUI ☒ NON	☐ OUI ☒ NON	☐ OUI ☒ NON	☐ OUI ☒ NON	☐ OUI ☒ NON
Si OUI, joignez un extrait K du Registre du commerce et des sociétés	Si OUI, joignez un extrait du Répertoire des Métiers	Si OUI, joignez une attestation d'affiliation	Si OUI, joignez une attestation d'affiliation à la MSA	Si OUI, joignez un extrait Kbis du Registre du commerce et des sociétés ou un récé- pissé de déclaration à la Préfecture	Si OUI, joignez une déclaration d'activité ou un justificatif d'inscription

8 Vos rentes, pensions, et autres revenus de remplacement

- Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, précisez dans quelle catégorie ? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
et joignez une photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous un avantage vieillesse (en France ou à l'étranger) ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, joignez la photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous une pension militaire (en France ou à l'étranger) ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, joignez la photocopie de la notification d'attribution
- Percevez-vous une pension de vieillesse pour inaptitude (en France ou à l'étranger) ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, joignez la photocopie de la notification de décision
- Attendez-vous l'attribution d'une pension ou d'une rente (en France ou à l'étranger) ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, joignez un justificatif
- Avez-vous exercé une activité dans un secteur relevant d'un régime de retraite spécial
(qui permet de liquider un avantage vieillesse avant l'âge légal de départ à la retraite ou sans avoir
à justifier du nombre de trimestres d'assurance vieillesse requis) ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI, nom et adresse de la Caisse concernée : _____

Reportez ici votre nom, votre prénom
et votre numéro de sécurité sociale (NIR) :

Nom : SAHL I
Prénom : ABDELKADER
NIR : 1710399350842 61

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ(E), SAHL I abdelkader

- atteste sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des renseignements fournis ci-dessus,
- déclare avoir pris connaissance qu'il me sera ultérieurement demandé de formaliser mes relations avec Pôle emploi, pour la mise en oeuvre du contrat de sécurisation professionnelle, dans le cadre d'un document écrit,
- déclare avoir pris connaissance des cas de cessation du bénéfice du contrat de sécurisation professionnelle, rappelés ci-dessous, conformément à l'article 20 §1^{er} de la convention relative au contrat de sécurisation professionnelle,
- déclare également avoir pris connaissance des engagements qui résultent de ma demande d'allocations, et notamment :
 - aviser immédiatement Pôle emploi si je reprends une activité professionnelle, qu'elle soit salariée ou non, temporaire ou non,
 - signaler à Pôle emploi, immédiatement, tout changement de ma situation personnelle ou professionnelle susceptible de modifier mes conditions de prise en charge (entrée en formation, maladie, accident, maternité, invalidité, composition du foyer, modification des ressources fiscales, etc.) ;
 - déclarer à Pôle emploi la date de transfert de ma résidence, en cas de transfert à l'étranger*.

En cas de déclaration inexacte ou d'omission, je serai passible des sanctions prévues à l'article 27 du règlement de l'assurance chômage, sans préjudice des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur.

* En cas de transfert de résidence à l'étranger, Pôle emploi interrompt le paiement de l'allocation de sécurisation professionnelle.
Exception : en cas de transfert de résidence au sein de l'Espace Économique Européen, l'allocation de sécurisation professionnelle peut être maintenue pendant 3 mois maximum sous réserve du respect des conditions prévues par le règlement (CE) n°883/2004.

DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

Fait à GONÈSSE le 23.09.2020

Signature



ARTICLE 20 §1^{er} de la convention du 26 janvier 2015 relative au contrat de sécurisation professionnelle (extrait) :

L'intéressé cesse de bénéficier du contrat de sécurisation professionnelle :

- lorsqu'il refuse une action de reclassement, ou ne s'y présente pas, ou lorsqu'il refuse à deux reprises une offre raisonnable d'emploi ;
- ou lorsqu'il a fait des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue de bénéficier indûment du contrat de sécurisation professionnelle.

ARTICLE L. 5429-1 du code du travail :

Sauf constitution éventuelle du délit d'escroquerie défini et sanctionné à l'article 313-1, au 5° de l'article 313-2 et à l'article 313-3 du code pénal, le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations d'aide aux travailleurs privés d'emploi définies au présent livre, y compris la prime forfaitaire instituée par l'article L. 5425-3 du présent code, est puni des peines prévues à l'article 441-6 du code pénal. Le fait de faire obtenir frauduleusement ou de tenter de faire obtenir frauduleusement ces allocations et cette prime est puni de la même peine.

ARTICLE 27 du règlement de l'assurance chômage :

Les personnes qui ont indûment perçu des allocations ou des aides prévues par le présent règlement doivent les rembourser sans préjudice des sanctions pénales résultant de l'application de la législation en vigueur, pour celles d'entre elles ayant fait sciemment des déclarations inexactes ou présenté des attestations mensongères en vue d'obtenir le bénéfice de ces allocations ou aides.

DOCUMENTS À PRODUIRE

- ☐ Carte d'assurance maladie -vitale- (photocopie)
- ☐ Attestation(s) d'employeur(s) des 13 derniers mois
- ☐ Relevé d'identité bancaire (norme BIC-IBAN)
- ☐ 3 derniers bulletins de salaire, en cas d'adhésion après proposition par Pôle emploi (photocopie)

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

Unédic

CSP Contrat de
Sécurisation
Professionnelle

ATTEST.
EMPLOI

→ FI

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 L'employeur

Établissement employeur : CLL TRANSPORTS

Adresse : 8 RUE DE LA PATELLE - 95610 ERAGNY

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

Téléphone : _____

Statut juridique : SAS

N° SIRET : 5 1 2 5 9 1 6 9 4 0 0 3 3 Code APE/NAF : 4941A

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

N° : 1171528476109 Nom : URSSAF MONTREUIL

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

Nom : OPCO MOBILITES

Nombre total de salariés dans l'établissement employeur au 31.12 écoulé : 40

En cas d'établissements multiples,
nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : 40

ne rien inscrire dans ce cadre

2 Le salarié

☒ M. ☐ Mme

Nom de naissance : SAHLI

Prénom : ABDELKADER

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

Adresse : LA FAUCONNIERE - 37 SQUARE DE LA GARENNE

GONESSE

Code postal : 95500

N° Sécurité sociale (NIR) : 1 71 03 99 350 842 61

Date de naissance : 13 03 1971

Lieu de naissance JERADA - MAROC

☐ Ressortissant français*

☐ Ressortissant UE*

☐ Ressortissant EEE*

☒ Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification : _____

Statut cadre ou assimilé :

☐ OUI

☒ NON

* Voir notice

(code : voir notice)

3 Caisses 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.)

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

Nom : SAHLI

Prénom : ABDELKADER

NIR : 1 71 03 99 350 842 61

4 Emploi

- Durée d'emploi salarié : du 10 07 2001 au 14 10 2020
- Ancienneté dans l'entreprise (art. L. 1234-1 CT) : 19.26
Année Mois
- Dernier emploi tenu : AGENT DE QUAI
- Date de l'engagement de la procédure de licenciement : 22 09 2020
- En cas d'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale, indiquez la caisse : et le numéro d'affiliation :
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ☐ OUI ☒ NON
- Catégorie d'emploi particulier :
☐ travailleur à domicile ☐ expatrié ☐ détaché à l'étranger ☐ salarié en portage salarial ☐ autre : (précisez)
- Horaire de travail :
 Salarié au forfait : ☐ OUI ☒ NON

	hebdomadaire	annuel
- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective :	35	1824
- du salarié :	35	1824
- motif en cas de différence : ☐ travail à temps partiel ☐ autre motif (précisez)		
- Contrat de type particulier : ☐ professionnalisation ☐ CUI-CIE
 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)

5 Motif de la rupture du contrat de travail

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

Salarié licencié à l'âge de 55 ans ou plus :

Si une convention FNE a été conclue par l'entreprise, l'intéressé(e) a-t-il(elle) refusé la proposition d'adhérer à la convention ? ☐ OUI ☐ NON

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

Nom : SAHLI

Prénom : ABDELKADER

NIR : 1 71 03 99 350 842 61

clé

6.1 salaires des 12 derniers mois civils complets

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé payé
(Ex : dernier jour travaillé payé : le 25/02/2016, indiquez les salaires du 01/02/2015 au 31/01/2016).

Dernier jour travaillé payé : 14 10 2020

Période de paie du au		Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	Nb de jours n'ayant pas été intégralement payés	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
1	2	3	4	5	6	7	
01/10/19	31/10/19	31/10/19	152.83		1 939.35		
01/11/19	30/11/19	30/11/19	175.63		2 319.20		
01/12/19	31/12/19	31/12/19	157.32		1 963.25		
01/01/20	31/01/20	31/01/20	157.47		1 772.32		
01/02/20	29/02/20	29/02/20	152.3		1 884.46		
01/03/20	31/03/20	31/03/20	158.66		2 483.82		
01/04/20	30/04/20	30/04/20	152		1 689.23		
01/05/20	31/05/20	31/05/20	140		1 678.64		Chômage partiel
01/06/20	30/06/20	30/06/20	152		2 457.66		
01/07/20	31/07/20	31/07/20	145.40	5	1 559.45		Maladie
01/08/20	31/08/20	31/08/20	152		1 716.31		
01/09/20	30/09/20	30/09/20	152		1 658.02		

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

Période du 01 10 2020 au 14 10 2020

Salaire brut : 3 758.43 €

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 : SAHLI

Prénom : ABDELKADER

NIR : 1 71 03 99 350 842 61

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 : 4 974.06 €
- 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 soussigné(e), (nom) DEBONTE (prénom) DELPHINE

agissant en qualité de :

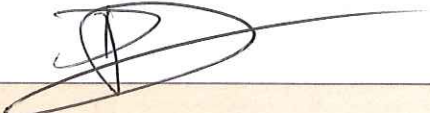
- ☐ chef d'entreprise ☐ directeur ☐ comptable ☐ mandataire liquidateur
- ☐ gérant ☐ chef du personnel ☐ administrateur judiciaire ☒ Autre (précisez) : RESPONSABLE PAIE

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

À RONCQ

le 30 10 2020

Signature



Cachet de l'entreprise

ZIEGLER FRANCE S.A.
Siren 354 500 225
Direction des Ressources Humaines
CIT Roncq
1 avenue K. Adenauer - BP 98
59435 RONCQ CEDEX
Tél. 03 20 09 30 30

Personne à joindre concernant cette attestation : Mme GRAVES Téléphone : 03 20 06 19 22