

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 ...)

VOLET 1

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

REÇU
Le 23 SEP. 2022

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),

Nom du salarié

DERAEDT

Prénom(s) du salarié

Fabian

NIR

1 8 5 0 4 5 9 1 6 3 0 5 6 7 7

clé

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 : 15 09 2022

Date de fin du délai de réflexion, 21 jours* après la remise des documents **: 06 10 2022

(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 Wasquehal

le 20 09 2022

Signature du salarié

Deraedt

Cachet de l'entreprise

M.J.S. PARTNERS SELAS
65 Boulevard de la République
59100 ROUBAIX
62416 SURECHAMPS VALENTIGNIES

* 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.

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), Deraïdt
 Nom de naissance : Deraïdt Prénom : Fabian
 Nom d'usage : _____ NIR 185045916305677
 Date de naissance : 18/05/1985 Lieu de naissance : Orax clé
 Marié(e) Partenaire PACS Concubin(e) Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/Divorcé(e)
 Enfants à charge : Téléphone fixe :
 Adresse mail : _____ Téléphone mobile :
 Demeurant : 36 rue Blarcean appartement 226

59290 Wasquehal

- Déclare
- Être licencié pour motif économique ou suite à une liquidation ou un redressement judiciaire OUI NON
 - Être bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée OUI NON
 - Avoir exercé une activité salariée d'au moins 4 mois dans les mois précédents OUI NON
 - Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi OUI NON
 - Avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (âge et nombre de trimestres) OUI NON
 - Être bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue, pour travailleur handicapé ou pour incapacité permanente OUI NON
 - Être un salarié protégé OUI NON
 - Être en congé maternité OUI NON

À Wasquehal
 le 21/01/2022

Signature du salarié


2



Demande d'allocation de sécurisation professionnelle

1 Votre état civil et situation familiale

M. Mme Nom de naissance Deraëdt
Prénom : Johann
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : _____
Né(e) le : 18.04.1985 à : Grain
Nationalité : Français
 Marié(e) Partenaire PACS Concubin(e) Célibataire Veuf(ve) Séparé(e)/Divorcé(e)
Nombre d'enfant(s) à charge : 0
N° Sécurité sociale (NIR) : 185045916305677
Autre régime : _____

2 Votre adresse

N° : 36 Voie : rue Marceau
(bât., esc., ...): appartement 226
Code postal : 59290 Commune : Wasquehal Tél. : _____
e-mail : _____ Tél. portable : _____
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 : Dergödt

Prénom : Jabian

NIR : 185045916305677
clé

5 Renseignements relatifs à votre activité

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

Périodes d'emploi

Vos employeurs

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

dernier emploi

du 01/03/2021 au 06/10/2022

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 _____

Autres périodes

Joignez le document demandé en face de chaque catégorie

stages, formation photocopie des certificats de fin de stage ou de formation

du _____ au _____

arrêt-maladie, congé de maternité accident de travail ou invalidité attestation Sécurité sociale (formule 3316)

du _____ au _____

du _____ au _____

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

du _____ au _____

congé parental d'éducation ou de présence parentale attestation de l'employeur

du _____ au _____

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 attestation de la Caisse d'Allocations Familiales

du _____ au _____

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 : Denagilt
Prénom : Jabian
NIR : 185045916305677
clé

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 (salarlée 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
<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	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> 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 récépissé 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 : Deraëdt
Prénom : Jabian
NIR : 1851055916305677

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ(E), Deraëdt Jabian

- 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 Wasquehal le 20.10.2022

Signature
Deraëdt

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 consultation 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)

Pôle-Emploi
WASQUEHAL
Reçu le :
20 SEP 2022

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

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 être adressé à :
POLE EMPLOI - CENTRE DE TRAITEMENT
BP 80069 - 77213 AVON Cedex

Unédic

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, via son espace personnel sur Pôle emploi.



ATTESTATION
EMPLOYEUR
→ FICHE 3

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 L'employeur

Établissement employeur : **SARL CMB WAMBRECHIES**
Adresse : **382 route de Bondues 59118 WAMBRECHIES**
S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal : _____
Téléphone : _____
Statut juridique : **Société à responsabilité limitée (SARL)**
N° SIRET : **815201319129100017** Code APE/NAF : **5161101C**
N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvert les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, ...) :
N° : **852013929** Nom : **URSSAF NORD PAS DE CALAIS**
Nom de l'organisme ayant recouvert les contributions obligatoires relatives au financement de la formation professionnelle continue (OPCO)
Nom : _____ (voir notice)
Nombre total de salariés dans l'établissement employeur au 31.12 écoulé : _____
En cas d'établissements multiples,
nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : _____

ne rien inscrire dans ce cadre

2 Le salarié

M. Mme
Nom de naissance : **DERAEDT** Prénom : **Fabian**
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) : _____
Adresse : **3b rue marceau appart 226 - WASQUEHAL** Code postal : **59290**
N° Sécurité sociale (NIR) : **1850459163056717**
Date de naissance : **18/04/1985** Lieu de naissance **Croix**
 Rattaché français* Rattaché UE* Rattaché EEE* Rattaché hors UE et EEE*
Niveau de qualification : **Employé qualifié** 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) : _____

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

Nom : **DERAEDT**

Prénom : **Fabian**

NIR : | 1 | 8 | 5 | 0 | 4 | 5 | 9 | 1 | 6 | 3 | 0 | 5 | 6 | 7 | 7 |
clé

4 Emploi

- Durée d'emploi salarié : _____ du | 0 | 1 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | au | 0 | 6 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 |
- Ancienneté dans l'entreprise (art. L. 1234-1 CT) : | 1 | | | 7 | |
Année Mois
- Dernier emploi tenu : **employé polyvalent**
- Date de l'engagement de la procédure de licenciement : _____ | 1 | 5 | 0 | 9 | 2 | 0 | 2 | 2 |
- 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 autre : _____
(précisez)
- Horaire de travail :
- 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 : | 35.00 | | 151.67 | | 1 820.00 |
- du salarié : | 35.00 | | 151.67 | | 1 820.00 |
- motif en cas de différence : travail à temps partiel
 autre motif _____
(précisez)
- Contrat de type particulier : professionnalisation CUI-CIE
 autre : **C.D.I.**
(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)
- 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 _____ au _____
_____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____
 Congé maternité _____ du _____ au _____
 Congé paternité _____ du _____ au _____
 Congé d'adoption _____ du _____ au _____
 Activité Partielle _____ du _____ au _____
_____ du _____ au _____

5 Motif de la rupture du contrat de travail

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 : **DERAEDT**

Prénom : **Fablan**

NIR : 1 8 5 0 4 5 9 1 6 3 0 5 6 7 7
clé

**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 : 0 6 1 0 2 0 2 2

Période de paie		Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	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 patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
du	au					
1	2	3	4	5	6	
01/03/2021	31/03/2021	31/03/2021	143.50 heures		1 482.08	
01/04/2021	30/04/2021	30/04/2021	151.67 heures		1 579.83	
01/05/2021	31/05/2021	31/05/2021	153.67 heures		1 590.45	
01/06/2021	30/06/2021	30/06/2021	151.67 heures		1 569.75	
01/07/2021	31/07/2021	31/07/2021	163.67 heures		1 725.00	
01/08/2021	31/08/2021	31/08/2021	193.67 heures		2 349.84	prime 253.55€
01/09/2021	30/09/2021	30/09/2021	172.67 heures		1 841.43	
01/10/2021	31/10/2021	31/10/2021	183.17 heures		2 002.15	
01/11/2021	30/11/2021	30/11/2021	159.17 heures		1 687.75	
01/12/2021	31/12/2021	31/12/2021	171.17 heures		1 843.64	
01/01/2022	31/01/2022	31/01/2022	157.42 heures		1 675.16	
01/02/2022	28/02/2022	28/02/2022	152.67 heures		1 616.36	
01/03/2022	31/03/2022	31/03/2022	151.67 heures		1 603.15	
01/04/2022	30/04/2022	30/04/2022	151.67 heures		1 603.15	
01/05/2022	31/05/2022	31/05/2022	151.67 heures		1 645.62	
01/06/2022	30/06/2022	30/06/2022	180.17 heures		2 032.15	
01/07/2022	31/07/2022	31/07/2022	151.67 heures		1 716.15	
01/08/2022	31/08/2022	31/08/2022	151.67 heures		1 755.83	
01/09/2022	30/09/2022	30/09/2022	151.67 heures		1 678.99	

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

Nom : **DERAEDT**

Prénom : **Fabian**

NIR : **1 8 5 0 4 5 9 1 6 3 0 5 6 7 7**
clé

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

Période de paie		Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	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 patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
du	au					
1	2	3	4	5	6	

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

Période de paie		Date de paie	Temps de travail payé (en jours ou heures)	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 patronnales d'assurance chômage	Observations en cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif
du	au					
1	2	3	4	5	6	
01/10/2022	06/10/2022	06/10/2022	30.33 heures		335.75	

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		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
du	au			

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

Nom : **DERAEDT**

Prénom : **Fabian**

NIR : | 1 | 8 | 5 | 0 | 4 | 5 | 9 | 1 | 6 | 3 | 0 | 5 | 6 | 7 | 7 |
clé

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 : **salaire aout 2022**
non Motif : **LJ**
- est-elle à percevoir ? oui Pour quelles créances : **solde de tout compte**
non Motif : **LJ**

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 : **1 678.99** €

- 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) **SOINNE** (prénom) **Nicolas**

agissant en qualité de :

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

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

À **ROUBAIX**

le | 0 | 7 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 |

Signature	Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation : **RICCOBENE François** Téléphone : **0320061922**

