

Date d'embauche : __ / __ / ____

Convention collective applicable :

Emploi : Groupe :

Type de contrat : C.D.I. **ou** C.D.D (Date fin C.D.D : __ / __ / ____)
 Temps plein **ou** Temps partiel

Modulation du temps de travail : Oui **ou** Non

Période d'essai : du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

Mode de versement de salaire : Chèque Virement (fournir un RIB)

Nombre d'heures mensuel :heures

Salaire de base :euros

Contrat aidé par l'État : Contrat de professionnalisation C.U.I. / C.A.E.
 Emploi d'Avenir Autre :

Date début de l'aide : __ / __ / ____ fin : __ / __ / ____

Exonération : ZFU ZRU ZRR OIG

Organismes sociaux :

	Nom et adresse	Référence ou Code interne
URSSAF		
Caisse de retraite complémentaire		X
Caisse de prévoyance		
Organisme collecteur de la formation professionnelle		
Mutuelle		
Recette des impôts		X

Taux d'accident du travail (c .f. notification CRAM) : __ , __ %

Code risque : ____

Médecine du travail :