

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE

Cette déclaration unique doit être adressée à votre Urssaf OBLIGATOIREMENT AVANT L'EMBAUCHE, sous peine de sanctions (art. L.1221-10, L.1221-11 et L.8221-5 du code du travail)

A • ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

N° SIRET

Code NAF

NOM, prénoms ou DÉNOMINATION

ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT

Code postal

Commune

Numéro de Téléphone :

Numéro de Télécopie :

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Si l'entreprise ou l'établissement possède un service de santé au travail, ou si le salarié embauché travaille en un lieu éloigné de l'établissement, cochez l'une des 2 cases suivantes :

☐ Service de santé au travail de l'entreprise ou de l'établissement☐ Service de santé au travail spécifique pour les salariés éloignés

À défaut, précisez votre "service de santé au travail interentreprises" :

Code

Nom

↳ Disponible sur le site internet indiqué au verso

Adresse

B • FUTUR SALARIÉ

NOM de famille

(nom de naissance)

NOM d'usage

(s'il y a lieu)

Prénoms

(dans l'ordre de l'état civil)

Sexe

(M ou F)

N° Sécurité sociale

(voir carte d'immatriculation)

Clé

Date de naissance

Jour

Mois

Année

Lieu de naissance

Département

Commune (pour Paris, Lyon et Marseille, préciser l'arrondissement)

Pays de naissance

C • L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE

Jour

Mois

Année

HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE

Heure

Minutes

Durée de la période d'essai (en jours)

Si le salarié est embauché au moyen d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat à durée déterminée dont le terme ou la durée minimale est supérieur à 6 mois, renseignez la case suivante :

TYPE DE CONTRAT

☐ Contrat à durée indéterminée☐ Contrat à durée déterminée☐ Contrat de travail temporaire

Si CDD, renseignez la date de fin du contrat :

Jour

Mois

Année

À :

Le :

Signature :