Caisse de Prévoyance Sociale
Te Fare Turuuta'a
Votre Protection Sociale,
Notre Métier

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE

Article Lp.1211-9 du code du travail

A faire parvenir au Service Cotisations ou à votre antenne Caisse de Prévoyance Sociale dans les 8 jours précédant la date prévisible d'embauche. Le non respect de l'obligation de déclaration préalable à l'embauche donne lieu à sanctions (article Lp. 1213-1 du code du travail)

A - ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Consorts **N° Employeur** **N° TAHITI**

Nom, Prénoms OU Dénomination sociale

Adresse de l'établissement

Code postal Commune

Adresse de correspondance

(si différente de celle de l'établissement)

Code postal Commune

Téléphone **Télécopie** **Courriel**

Personne pouvant être contactée dans l'entreprise

Téléphone

B - FUTUR SALARIÉ

Si le salarié n'est pas immatriculé, veuillez fournir un extrait d'acte de naissance, à défaut une pièce d'identité avec ce formulaire rempli ou au plus tard lors de la déclaration de main-d'œuvre.

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle **DN**

Nom de famille

Nom marital

Prénoms
(dans l'ordre de l'état-civil)

Date et lieu de naissance J J M M A A A A

Commune

Pays

Nature du contrat CDI ☐ CDD ☐

Code ROME
(métier exercé)

Date prévisible d'embauche J J M M A A A A

Fin du contrat
(si CDD ou CDI chantier) J J M M A A A A

Si l'embauche est effectuée sur une activité professionnelle soumise à une mesure de protection de l'emploi local, veuillez cocher l'un des choix ci-dessous :

- ☐ embauche directe par l'employeur d'une personne bénéficiaire de la protection de l'emploi local
- ☐ embauche d'un bénéficiaire de la protection de l'emploi local présenté par le SEFI
- ☐ embauche suite à la délivrance de l'attestation du SEFI constatant l'impossibilité de pourvoir l'offre par la candidature d'un bénéficiaire de la protection de l'emploi local
- ☐ embauche suite à l'absence de proposition de candidature par le SEFI dans le délai d'un mois suivant le dépôt de l'offre
- ☐ embauche justifiée par l'urgence

Service de santé au travail choisi ☐ SISTRA ☐ AMT-CPME ☐ Autre
(La visite médicale n'est pas obligatoire pour les salariés à domicile employés par un particulier)

Cachet et signature

À **Le** J J M M A A A A

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.