Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du Travail,
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

cerfa
N° 61-2291

RS 05

CONVENTION D'ALLOCATIONS TEMPORAIRES DÉGRESSIVES

Décret n° 89-653 du 11 septembre 1989. Article R. 322-6 du Code du Travail. Arrêté du 11 septembre 1989

Le salarié

Bulletin d'adhésion du salarié

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. :

Date de naissance : jour 16 mois 17 18 année 19

Sexe *(porter le chiffre correspondant : masculin = 1, féminin = 2)* 20

Qualification *(porter le chiffre correspondant)* : 21

Ouvrier non qualifié (manœuvre, OS) .. 1 Employé qualifié 4
Ouvrier qualifié (OP, OQ) ..... 2 Technicien, agent de maîtrise 5
Employé non qualifié ..... 3 Cadre, ingénieur 6

Réservé à l'administration (DDTEFP)

Numéro de la convention : 1 3 4 5 6 8

Date de signature de la convention : jour 9 mois 10 11 année 12

N° d'ordre du salarié : 13 15

Déclare :

Avoir été licencié le : jour mois année

par l'établisssement (nom) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Avoir été embauché le : jour mois année

par l'établissement (nom) :

Adresse :

Code postal Commune

Code APE (nomenclature NAF) 22 25

Numéro SIRET 26 39

Effectif de l'établissement (1) 40 45 ,

Demande à bénéficier de l'allocation temporaire dégressive

A l'appui de ma demande, je m'engage à fournir :

● ***Pour le premier versement :***

- copie des feuilles de paie des 12 mois précédant la rupture du contrat ou un état certifié par l'employeur ;
- un relevé d'identité postal ou bancaire ;
- attestation sur l'honneur établie par le nouvel employeur comportant l'indication du salaire réel que j'ai perçu à l'issue de ma période d'essai (incluant primes et indemnités ayant le caractère du complément de salaire, à l'exclusion des majorations pour heures supplémentaires).

● ***Pour le deuxième versement :***

- copie des feuilles de paie reçues dans mon nouvel emploi ou un état certifié par mon nouvel employeur.

Je m'engage sur l'honneur à informer la DDTEFP de toute interruption ou modification de mon nouvel emploi intervenant durant la période de deux ans couverte par l'allocation temporaire dégressive.

A

Le

Signature du salarié

(1) Effectif : tous les salariés sous contrat de travail avec l'établissement présents ou non à la date de la signature de la convention, à l'exclusion des salariés intérimaires.Les salariés à temps partiel seront comptabilisés au prorata de leur temps de travail dans les conditions fixées par l'article R-212-1 du Code du Travail.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire et vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au directeur départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Décision de la DDTEFP

Acceptation ☐ oui ☐ non

Le

Signature et cachet de la DDTEFP

IMPORTANT

Instructions pour remplir ce bulletin :

1. *Complétez entièrement la liasse de préférence au stylo bille en vous assurant que le dernier exemplaire est lisible.*
2. *Transmettez **toute la liasse** à la DDTEFP*
3. *La DDTEFP vous retournera daté et signé.*

*• Le volet n° 3 que vous devrez **conserver.***

Volet 1/4 destiné à la DDTEFP

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du Travail,
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

cerfa
N° 61-2291

RS 05

CONVENTION D'ALLOCATIONS TEMPORAIRES DÉGRESSIVES

Décret nº 89-653 du 11 septembre 1989. Article R. 322-6 du Code du Travail. Arrêté du 11 septembre 1989

Le salarié

Bulletin d'adhésion du salarié

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. :

Date de naissance : jour 16 mois 17 18 année 19

Sexe *(porter le chiffre correspondant : masculin = 1, féminin = 2)* 20

Qualification *(porter le chiffre correspondant)* : 21

Ouvrier non qualifié (manœuvre, OS) .. 1
Ouvrier qualifié (OP, OQ) 2
Employé non qualifié 3
Employé qualifié 4
Technicien, agent de maîtrise 5
Cadre, ingénieur 6

Réservé à l'administration (DDTEFP)

Numéro de la convention : 1 3 4 5 6 8

Date de signature de la convention : jour 9 mois 10 11 année 12

Nº d'ordre du salarié : 13 15

Déclare :

Avoir été licencié le : jour mois année

par l'établisssement (nom) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Avoir été embauché le : jour mois année

par l'établissement (nom) :

Adresse :

Code postal Commune

Code APE (nomenclature NAF) 22 25

Numéro SIRET 26 39

Effectif de l'établissement (1) 40 45 ,

Demande à bénéficier de l'allocation temporaire dégressive

A l'appui de ma demande, je m'engage à fournir :

● ***Pour le premier versement :***

- copie des feuilles de paie des 12 mois précédant la rupture du contrat ou un état certifié par l'employeur ;
- un relevé d'identité postal ou bancaire ;
- attestation sur l'honneur établie par le nouvel employeur comportant l'indication du salaire réel que j'ai perçu à l'issue de ma période d'essai (incluant primes et indemnités ayant le caractère du complément de salaire, à l'exclusion des majorations pour heures supplémentaires).

● ***Pour le deuxième versement :***

- copie des feuilles de paie reçues dans mon nouvel emploi ou un état certifié par mon nouvel employeur.

Je m'engage sur l'honneur à informer la DDTEFP de toute interruption ou modification de mon nouvel emploi intervenant durant la période de deux ans couverte par l'allocation temporaire dégressive.

A

Le

Signature du salarié

(1) Effectif : tous les salariés sous contrat de travail avec l'établissement présents ou non à la date de la signature de la convention, à l'exclusion des salariés intérimaires.Les salariés à temps partiel seront comptabilisés au prorata de leur temps de travail dans les conditions fixées par l'article R-212-1 du Code du Travail.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire et vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au directeur départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Décision de la DDTEFP

Acceptation ☐ oui ☐ non

Le

Signature et cachet de la DDTEFP

IMPORTANT

Instructions pour remplir ce bulletin :

1. *Complétez entièrement la liasse de préférence au stylo bille en vous assurant que le dernier exemplaire est lisible.*
2. *Transmettez **toute la liasse** à la DDTEFP*
3. *La DDTEFP vous retournera daté et signé.*

*• Le volet nº 3 que vous devrez **conserver.***

Volet 2/4 destiné à la DDTEFP

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du Travail,
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

cerfa
N° 61-2291

RS 05

CONVENTION D'ALLOCATIONS TEMPORAIRES DÉGRESSIVES

Décret n° 89-653 du 11 septembre 1989. Article R. 322-6 du Code du Travail. Arrêté du 11 septembre 1989

Le salarié

Bulletin d'adhésion du salarié

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. :

Date de naissance : jour 16 mois 17 18 année 19

Sexe *(porter le chiffre correspondant : masculin = 1, féminin = 2)* 20

Qualification *(porter le chiffre correspondant)* : 21

Ouvrier non qualifié (manœuvre, OS) .. 1
Ouvrier qualifié (OP, OQ) 2
Employé non qualifié 3
Employé qualifié 4
Technicien, agent de maîtrise 5
Cadre, ingénieur 6

Réservé à l'administration (DDTEFP)

Numéro de la convention : 1 3 4 5 6 8

Date de signature de la convention : jour 9 mois 10 11 année 12

N° d'ordre du salarié : 13 15

Déclare :

Avoir été licencié le : jour mois année

par l'établisssement (nom) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Avoir été embauché le : jour mois année

par l'établissement (nom) :

Adresse :

Code postal Commune

Code APE (nomenclature NAF) 22 25

Numéro SIRET 26 39

Effectif de l'établissement (1) 40 45 ,

Demande à bénéficier de l'allocation temporaire dégressive

A l'appui de ma demande, je m'engage à fournir :

● ***Pour le premier versement :***

- copie des feuilles de paie des 12 mois précédant la rupture du contrat ou un état certifié par l'employeur ;
- un relevé d'identité postal ou bancaire ;
- attestation sur l'honneur établie par le nouvel employeur comportant l'indication du salaire réel que j'ai perçu à l'issue de ma période d'essai (incluant primes et indemnités ayant le caractère du complément de salaire, à l'exclusion des majorations pour heures supplémentaires).

● ***Pour le deuxième versement :***

- copie des feuilles de paie reçues dans mon nouvel emploi ou un état certifié par mon nouvel employeur.

Je m'engage sur l'honneur à informer la DDTEFP de toute interruption ou modification de mon nouvel emploi intervenant durant la période de deux ans couverte par l'allocation temporaire dégressive.

A

Le

Signature du salarié

(1) Effectif : tous les salariés sous contrat de travail avec l'établissement présents ou non à la date de la signature de la convention, à l'exclusion des salariés intérimaires.Les salariés à temps partiel seront comptabilisés au prorata de leur temps de travail dans les conditions fixées par l'article R-212-1 du Code du Travail.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire et vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au directeur départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Décision de la DDTEFP

Acceptation ☐ oui ☐ non

Le _____

Signature et cachet de la DDTEFP

IMPORTANT

Instructions pour remplir ce bulletin :

1. *Complétez entièrement la liasse de préférence au stylo bille en vous assurant que le dernier exemplaire est lisible.*
2. *Transmettez **toute la liasse** à la DDTEFP*
3. *La DDTEFP vous retournera daté et signé.*

*• Le volet n° 3 que vous devrez **conserver.***

Volet 3/4 destiné au salarié

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

Direction départementale du Travail,
de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

cerfa
N° 61-2291

RS 05

CONVENTION D'ALLOCATIONS TEMPORAIRES DÉGRESSIVES

Décret nº 89-653 du 11 septembre 1989. Article R. 322-6 du Code du Travail. Arrêté du 11 septembre 1989

Le salarié

Bulletin d'adhésion du salarié

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. :

Date de naissance : jour 16 mois 17 18 année 19

Sexe *(porter le chiffre correspondant : masculin = 1, féminin = 2)* 20

Qualification *(porter le chiffre correspondant)* : 21

Ouvrier non qualifié (manœuvre, OS) .. 1
Ouvrier qualifié (OP, OQ) 2
Employé non qualifié 3
Employé qualifié 4
Technicien, agent de maîtrise 5
Cadre, ingénieur 6

Réservé à l'administration (DDTEFP)

Numéro de la convention : 1 3 4 5 6 8

Date de signature de la convention : jour 9 mois 10 11 année 12

Nº d'ordre du salarié : 13 15

Déclare :

Avoir été licencié le : jour mois année

par l'établisssement (nom) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Avoir été embauché le : jour mois année

par l'établissement (nom) :

Adresse :

Code postal Commune

Code APE (nomenclature NAF) 22 25

Numéro SIRET 26 39

Effectif de l'établissement (1) 40 45 ,

Demande à bénéficier de l'allocation temporaire dégressive

A l'appui de ma demande, je m'engage à fournir :

● ***Pour le premier versement :***

- copie des feuilles de paie des 12 mois précédant la rupture du contrat ou un état certifié par l'employeur ;
- un relevé d'identité postal ou bancaire ;
- attestation sur l'honneur établie par le nouvel employeur comportant l'indication du salaire réel que j'ai perçu à l'issue de ma période d'essai (incluant primes et indemnités ayant le caractère du complément de salaire, à l'exclusion des majorations pour heures supplémentaires).

● ***Pour le deuxième versement :***

- copie des feuilles de paie reçues dans mon nouvel emploi ou un état certifié par mon nouvel employeur.

Je m'engage sur l'honneur à informer la DDTEFP de toute interruption ou modification de mon nouvel emploi intervenant durant la période de deux ans couverte par l'allocation temporaire dégressive.

A

Le

Signature du salarié

(1) Effectif : tous les salariés sous contrat de travail avec l'établissement présents ou non à la date de la signature de la convention, à l'exclusion des salariés intérimaires.Les salariés à temps partiel seront comptabilisés au prorata de leur temps de travail dans les conditions fixées par l'article R-212-1 du Code du Travail.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire et vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au directeur départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Décision de la DDTEFP

Acceptation ☐ oui ☐ non

Le

Signature et cachet de la DDTEFP

IMPORTANT

Instructions pour remplir ce bulletin :

1. *Complétez entièrement la liasse de préférence au stylo bille en vous assurant que le dernier exemplaire est lisible.*
2. *Transmettez **toute la liasse** à la DDTEFP*
3. *La DDTEFP vous retournera daté et signé.*

*• Le volet nº 3 que vous devrez **conserver.***

Volet 4/4 destiné à l'entreprise