



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

CE 12

## EXONÉRATION DES COTISATIONS

[Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire  
(en cas de projet collectif de création)]

### DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

identité de l'entreprise \_\_\_\_\_ n° SIREN \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro \_\_\_\_\_ rue ou lieu-dit \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ bureau distributeur \_\_\_\_\_ n° téléphone \_\_\_\_\_

activité principale exercée \_\_\_\_\_ code A.P.E. \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

| nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de<br>épouse «X») | prénom | numéro de sécurité sociale | adresse |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|---------|
|                                                                                      |        |                            |         |
|                                                                                      |        |                            |         |

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :  
– de la totalité des cotisations (1)  
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations  
d'assurance vieillesse (1)

Le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de  
la Formation Professionnelle certifie que l'intéressé dési-  
gné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs  
d'entreprise à compter du \_\_\_\_\_ pour  
une activité ayant débuté le \_\_\_\_\_.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé :

Signature du Préfet :



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

CE 12

## EXONÉRATION DES COTISATIONS

[Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire  
(en cas de projet collectif de création)]

### DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

identité de l'entreprise \_\_\_\_\_ n° SIREN \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro \_\_\_\_\_ rue ou lieu-dit \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ bureau distributeur \_\_\_\_\_ n° téléphone \_\_\_\_\_

activité principale exercée \_\_\_\_\_ code A.P.E. \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

| nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de<br>épouse «X») | prénom | numéro de sécurité sociale | adresse |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|---------|
|                                                                                      |        |                            |         |
|                                                                                      |        |                            |         |

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :  
– de la totalité des cotisations (1)  
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations  
d'assurance vieillesse (1)

Le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de  
la Formation Professionnelle certifie que l'intéressé dési-  
gné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs  
d'entreprise à compter du \_\_\_\_\_ pour  
une activité ayant débuté le \_\_\_\_\_.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé :

Signature du Préfet :



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

CE 12

## EXONÉRATION DES COTISATIONS

[Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire  
(en cas de projet collectif de création)]

### DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

identité de l'entreprise \_\_\_\_\_ n° SIREN \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro \_\_\_\_\_ rue ou lieu-dit \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ bureau distributeur \_\_\_\_\_ n° téléphone \_\_\_\_\_

activité principale exercée \_\_\_\_\_ code A.P.E. \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

| nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de<br>épouse «X») | prénom | numéro de sécurité sociale | adresse |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|---------|
|                                                                                      |        |                            |         |
|                                                                                      |        |                            |         |

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :  
– de la totalité des cotisations (1)  
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations  
d'assurance vieillesse (1)

Le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de  
la Formation Professionnelle certifie que l'intéressé dési-  
gné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs  
d'entreprise à compter du \_\_\_\_\_ pour  
une activité ayant débuté le \_\_\_\_\_.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé :

Signature du Préfet :



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

CE 12

## EXONÉRATION DES COTISATIONS

[Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire  
(en cas de projet collectif de création)]

### DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

identité de l'entreprise \_\_\_\_\_ n° SIREN \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro \_\_\_\_\_ rue ou lieu-dit \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ bureau distributeur \_\_\_\_\_ n° téléphone \_\_\_\_\_

activité principale exercée \_\_\_\_\_ code A.P.E. \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

| nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de<br>épouse «X») | prénom | numéro de sécurité sociale | adresse |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|---------|
|                                                                                      |        |                            |         |
|                                                                                      |        |                            |         |

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :  
– de la totalité des cotisations (1)  
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations  
d'assurance vieillesse (1)

Le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de  
la Formation Professionnelle certifie que l'intéressé dési-  
gné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs  
d'entreprise à compter du \_\_\_\_\_ pour  
une activité ayant débuté le \_\_\_\_\_.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé :

Signature du Préfet :



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

CE 12

## EXONÉRATION DES COTISATIONS

[Établir un formulaire distinct pour chaque bénéficiaire  
(en cas de projet collectif de création)]

### DÉSIGNATION DE L'ENTREPRISE

identité de l'entreprise \_\_\_\_\_ n° SIREN \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_  
numéro \_\_\_\_\_ rue ou lieu-dit \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ bureau distributeur \_\_\_\_\_ n° téléphone \_\_\_\_\_

activité principale exercée \_\_\_\_\_ code A.P.E. \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

| nom (pour les femmes mariées, indiquez le nom de jeune fille suivi de<br>épouse «X») | prénom | numéro de sécurité sociale | adresse |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|---------|
|                                                                                      |        |                            |         |
|                                                                                      |        |                            |         |

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'emploi.

demande à bénéficier pendant 12 MOIS d'une exonération :  
– de la totalité des cotisations (1)  
– de la totalité des cotisations, à l'exception des cotisations  
d'assurance vieillesse (1)

Le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de  
la Formation Professionnelle certifie que l'intéressé dési-  
gné ci-dessus bénéficie de l'Aide aux chômeurs créateurs  
d'entreprise à compter du \_\_\_\_\_ pour  
une activité ayant débuté le \_\_\_\_\_.  
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé :

Signature du Préfet :