

DÉCLARATION UNIQUE D'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN (1)

1

Les Informations sur fond gris sont à produire obligatoirement avant l'embauche, sous peine de sanctions (art. L.1221-11 et R.1227-1 du Code du travail)

L'EMPLOYEUR	Téléphone	Télécopie	E-mail
N° SIRET OU MSA	Code APE (NAF)		
Nom Prénom ou Dénomination	Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente <input type="checkbox"/>		
Adresse			
LE SALARIÉ	Si le salarié n'a jamais été immatriculé au régime agricole, justifiez son statut d'état civil obligatoire joint <input type="checkbox"/>		
	Si le salarié est de nationalité étrangère, copie de son titre de travail <input type="checkbox"/>		
Nom de naissance	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Nom marital ou nom d'usage	Clé		
Prénoms	Date de naissance : Jour Mois Année		
N° de Sécurité Sociale	Lieu de naissance : Commune		
Date de naissance	Numéro Bis Ter Nat. Voie Nom de voie		
Adresse	code postal Ville		
L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI	DATE ET HEURE PRÉVISIBLE DE L'EMBAUCHE : Jour Mois Année à Heures Minutes		
Secteur d'activité professionnelle	niveau ou coefficient hiérarchique		
Convention collective applicable au salarié			
Emploi occupé			
Durée du travail	Hebdo. (heures) ou Mensuelle (heures) ou Annuelle (heures) Si forfait jours (jours)		

◆ **MOTIF DU RECOURS AU CDD :** (cocher et compléter)

Remplacement de : (nom et prénom de la personne remplacée)

Sa qualification : _____

Contrat saisonnier pour les travaux de : _____

Contrat temporaire de : accroissement temporaire d'activité (précisez sa nature)

Autre motif : _____

Date de fin CDD prévue

Jour Mois Année

OU

Durée minimale du CDD (jours)

◆ Durée période d'essai (jours)

Pour les CDD à terme précis, cocher si ce contrat peut être renouvelé Oui, vous devrez faire un avenant au contrat

◆ **RISQUE LIÉ À L'EMPLOI** (préciser la nature du risque) _____

◆ **SALAIRE HORAIRE BRUT À L'EMBAUCHE :** _____ € Primes _____ € Avantages en nature _____ € Autres éléments _____ €

◆ **RECOURS A LA MODIFICATION OU A L'ANNUALISATION :** OUI NON

◆ **CLAUSES PARTICULIÈRES :** _____

◆ **NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE :** _____

◆ **NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE :** _____

Contrat établi le _____ à _____

Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DUE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

Signature du salarié _____ Signature de l'employeur _____

(1) Se reporter à la notice explicative.

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. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.