

ATTESTATION EMPLOYEUR DESTINÉE À France Travail

À remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.).

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à France Travail :
- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi et qu'au terme de son inscription l'attestation employeur lui est demandée (le salarié effectuera sa demande sur le site internet de France Travail : www.francetravail.fr);
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance.

Unédic

Attestation éditée automatiquement par France Travail le 25/06/2025 15:45 N° d'ordre 1719952679

Logiciel utilisé : AE WEB RG

1. l'employeur

Téléphone : 0 5 6 5 3 4 9 0 2 9	Nom et adresse : COMMUNE DE BAGNAC SUR CELE
Statut juridique :	AVENUE JOSEPH CANTELOUBE
N° SIRET : 2 1 4 6 0 0 1 5 7 0 0 0 1 7 46270	BAGNAC SUR CELE
Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé :	Code APE/NAF : 8 4 1 1 Z
Nombre total de salariés dans l'établissement au 31.12 écoulé : 1 4	

Ne rien inscrire dans ce cadre

EMPLOYEURS DU SECTEUR PUBLIC (Art. L. 5424-1 du C. du T.)

<input type="checkbox"/> Employeur en auto assurance	<input type="checkbox"/> Employeur ayant conclu une convention de gestion	<input type="checkbox"/> Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public
N° de la convention de gestion :		
Code d'affectation :	N° interne employeur public :	
<input checked="" type="checkbox"/> Employeur ayant adhéré à titre révocable	<input type="checkbox"/> Employeur ayant adhéré à titre irrévocable	
Date d'adhésion : 0 1 0 2 1 9 8 8	Statut du salarié : <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> titulaire <input checked="" type="checkbox"/> non titulaire	

2. le salarié

<input checked="" type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M		
Nom de famille (nom de naissance) :	LACAZE		
Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :	LACAZE		
Prénom (s) :	KARINE		
Adresse :	LE BRUEL		
Code postal : 1 5 6 0 0	Commune : ST ETIENNE DE MAURS		
NIR (n° de Sécurité sociale) : 2 7 3 1 2 4 6 1 0 2 0 4 5	Date de naissance : 2 5 1 2 1 9 7 3		
Lieu de naissance :	FIGEAC		
Ressortissant : <input checked="" type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> UE	<input type="checkbox"/> EEE	<input type="checkbox"/> Suisse <input type="checkbox"/> hors UE et EEE
Niveau de qualification : Employé administratif d'entreprise, de commerce, agent de service	0 6	Statut cadre ou assimilé :	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non

*voir notice

2731246102045 LACAZE KARINE

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

Régime AGIRC-ARRCO
 CRPN
 Autres (précisez) :

IRCANTEC
 CNBF

■ En cas d'affiliation à un régime spécial de sécurité sociale, indiquez la caisse (maladie ou vieillesse) :

Régime général

■ Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? oui non

4. emploi

■ Durée d'emploi salarié du 0 2 0 5 2 0 2 4 au 3 1 0 5 2 0 2 4

■ Date de fin initiale du CDD (à préciser obligatoirement si la date de rupture du contrat est antérieure à la date fixée initialement) 3 1 0 5 2 0 2 4

■ Dernier emploi tenu : ADJOINT TECHNIQUE Dernier lieu de travail (pays) : Dépt. 4 6

■ Ancienneté dans l'entreprise : moins d'1 an entre 1 an et moins de 2 ans au moins 2 ans

■ Date d'engagement de la procédure de licenciement ou de notification de la démission ou de signature de la convention de rupture conventionnelle :

■ Préavis : effectué du au

non effectué payé du au

non payé du au

(motif) :

■ Catégorie d'emploi particulier :

travailleur à domicile
 employé de maison
 assistant(e) maternel(le), garde d'enfant
 autre (préciser)

■ Horaire de travail : (en heures)

- salarié au forfait oui non Précisez : convention de forfait en heures convention de forfait en jours

hebdomadaire mensuel annuel

- dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : ou 151.67 ou

- du salarié : ou 91 ou

- motif en cas de différence : travail à temps partiel

autre motif (précisez) :

2731246102045 LACAZE KARINE

4. emploi

■ Nature du contrat : contrat à durée indéterminée contrat à durée déterminée

■ Contrat de type particulier : apprentissage professionnalisation CUI-CIE CUI-CAE

contrat d'engagement éducatif emploi d'avenir autre (précisez) :

■ Périodes de suspension du contrat de travail ni rémunérées ni indemnisées :

Congé sabbatique du _____ au _____

Congé sans solde et assimilé du _____ au _____

Période de disponibilité des trois fonctions publiques du _____ au _____

Autre période d'emploi ni rémunérée ni indemnisée (désertion dans les armées, suspension pour motif sanitaire...) du _____ au _____

■ Périodes d'absence du salarié au cours des 25 derniers mois de salaire ou 37 derniers mois si le salarié a 55 ans et plus au moment de la fin de contrat :

Arrêt maladie du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

Congé maternité du _____ au _____

Congé paternité du _____ au _____

Congé d'adoption du _____ au _____

Congés payés pris et financés par une caisse professionnelle du _____ au _____

Périodes d'activité partielle ou activité partielle de longue durée :

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

2731246102045 LACAZE KARINE

6.1 salaires

Salaires des 25 derniers mois, y compris le salaire du mois au cours duquel intervient la fin du contrat de travail (37 derniers mois pour les salariés âgés de 55 ans et plus au moment de la fin du contrat de travail)

Période de paie		Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Nb de jours ou d'heures n'ayant pas été intégralement payés	Salaire brut servant aux calculs des droits de l'assurance chômage
du	au	1	2	3	4

6.2 primes et indemnités

ATTENTION : les indemnités liées à la rupture du contrat de travail doivent figurer dans la rubrique 6.3.

N'indiquez que les primes versées au cours des 25 ou 37 derniers mois.

Intitulé de la prime (13 ^e mois, rachat de compte épargne-temps, prime de vacances, prime exceptionnelle liée à l'activité...)	Date de paiement	Montant servant aux calculs des droits de l'assurance chômage

2731246102045 LACAZE KARINE

6.3 sommes versées à l'occasion de la rupture (solde de tout compte)

Indemnité compensatrice de congés payés

Montant :

L'indemnité est-elle due par une caisse professionnelle ? oui non

Si oui, précisez laquelle :

et précisez le nombre de jours ouvrables :

Total des sommes ou indemnités légales, conventionnelles ou transactionnelles inhérentes à la rupture :

■ Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) :
dont indemnités :

légale de licenciement
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)

minimale de rupture conventionnelle
(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité
légale de licenciement

de fin de contrat à durée déterminée

de fin de mission

de départ à la retraite

spéciale de licenciement

spécifique de licenciement
(Art. L. 1235-15 du C. du T.)

due aux journalistes

légale de clientèle

légale due au personnel navigant de l'aviation civile

versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T.

compensatrice de compte épargne temps (CET)

due en raison d'un sinistre

autres indemnités légales

■ Montant correspondant aux indemnités conventionnelles (convention collective) :

■ Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) :

Une transaction est-elle en cours ? oui* non

* Si d'autres sommes sont versées après l'établissement de cette attestation, vous devez les déclarer à France Travail.

2731246102045 LACAZE KARINE

7. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : BRU

(prénom) : LAMBERT

agissant en qualité de :

chef d'entreprise directeur comptable mandataire liquidateur gérant
 responsable RH administrateur judiciaire autre (précisez) : MAIRE

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, le motif de la rupture du contrat de travail qui est, je le rappelle, le suivant : Fin de contrat à durée déterminée ou fin d'accueil occasionnel

En cas de rupture conventionnelle, atteste n'avoir pas reçu de refus d'homologation de la convention de la part de la DREETS ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À BAGNAC SUR CELE

le : 2 5 0 6 2 0 2 5

Signature



Personne à joindre concernant cette attestation :
LATAPIE SOPHIE

Email :

Téléphone : 0 5 6 5 3 4 9 0 2 9

Cachet de l'employeur



**POUR S'INSCRIRE OU SE RÉINSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI,
LE SALARIÉ EFFECTUE SA DEMANDE D'INSCRIPTION PAR INTERNET**

www.francetravail.fr - m'inscrire / me réinscrire.

Les données à caractère personnel collectées dans ce formulaire sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation d'aide au retour à l'emploi. Elles sont mises à disposition dans le dossier dématérialisé concernant le salarié, dénommé DUDE. Elles sont communiquées à d'autres organismes de protection sociale ou concourant à son reclassement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et aux articles 15 et 16 du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent auprès de France Travail. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte de ces données.