

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone _____ E-mail _____
 N° SIRET ou MSA _____ Code NAF (APE) _____
 Nom Prénom ou Raison sociale _____
 Adresse _____
 Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance _____
 Nom d'usage _____
 Prénoms _____
 N° de Sécurité Sociale _____ Cle _____ Sexe : M F
 Date de naissance _____
 Jour _____ Mois _____ Année _____
 Lieu de naissance _____ Dept. _____ commune _____
 Adresse _____
 Numéro _____ Bis _____ Ter _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____
 code postal _____ Ville _____

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES 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. _____ ou Mensuelle _____ ou Annuelle _____
 (heures) (heures) (heures) Si forfait jours _____ Si temps partiel _____ %
 Nature du contrat CDI CDD motif de recours du CDD : _____ CDD à objet défini si CDD, durée (en jours) _____
 Date de fin du précédent CDD _____ Durée de la période d'essai (en jours) _____
 Type de contrat particulier Lequel _____
 Salaire mensuel brut à l'embauche _____ €
 Si lieu de travail différent de l'établissement **A préciser** Dept. _____ commune _____ et _____
Le salarié (1) :
 • est cadre ou assimilé Oui Non
 • je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC Oui Non
 - dans la catégorie art 4 ou 4 bis Oui Non
 - dans la catégorie art 36 Oui Non
 • est rémunéré exclusivement en nature Oui Non
 • est domicilié fiscalement à l'étranger Oui Non
 • est saisonnier Oui Non
DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel demandeur d'emploi

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ? Oui Non
 Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ? Oui Non
 Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? _____ Oui Non
 S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? _____ Oui Non
 Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ? _____ Oui Non
Conditions de travail prévues à l'embauche
 • bruit Oui Non
 • vibrations Oui Non
 • agents biologiques Oui Non
 • travail de nuit Oui Non
 • produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui Non
 Autre risque précisez _____

Le _____

Signature _____

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone _____ E-mail _____

N° SIRET ou MSA _____ Code NAF (APE) _____

Nom Prénom ou Raison sociale _____

Adresse _____

Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

N° de Sécurité Sociale _____ Clé _____ Sexe : M F

Date de naissance _____

Jour _____ Mois _____ Année _____ Lieu de naissance _____ Dépt. _____ commune _____
 Numéro _____ Bis _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____
 code postal _____ Ville _____

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES 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. _____ ou Mensuelle _____ ou Annuelle _____ Si forfait jours _____ Si temps partiel _____ %
 (heures) (heures) (heures) (jours) (jours)

Nature du contrat

CDI CDD motif de recours du CDD : _____ CDD à objet défini si CDD, durée (en jours) _____

Date de fin du précédent CDD _____ Durée de la période d'essai (en jours) _____

Type de contrat particulier Lequel _____

Salaire mensuel brut à l'embauche _____ €
 Si lieu de travail différent de l'établissement A préciser Dépt. _____ commune _____ et _____

Le salarié (1) :
 • est cadre ou assimilé Oui Non
 • je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC Oui Non
 - dans la catégorie art 4 ou 4 bis Oui Non
 - dans la catégorie art 36 Oui Non

• est rémunéré exclusivement en nature Oui Non
 • est domicilié fiscalement à l'étranger Oui Non
 • est saisonnier Oui Non

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel demandeur d'emploi

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ? Oui Non

Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? _____ Oui Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? _____ Oui Non

Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ? _____ Oui Non

Conditions de travail prévues à l'embauche

• bruit Oui Non
 • vibrations Oui Non
 • agents biologiques Oui Non
 • travail de nuit Oui Non

• produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui Non
 Autre risque précisez _____

Le _____

Signature _____

9745 C D / 12 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.

DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - DPAE

1 L'EMPLOYEUR

Téléphone	E-mail
N° SIRET OU MSA	
Code NAF (APE)	
Nom Prénom ou Raison sociale	
Adresse	Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente <input type="checkbox"/>

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance											
Nom d'usage											
Prénoms											
N° de Sécurité Sociale					Clé	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Date de naissance	Jour	Mois	Année		Lieu de naissance	Dépt.	commune				
Adresse	Numéro	Bis Ter	Nat. Voie	Nom de voie							
	code postal		Ville								

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

Secteur d'activité professionnelle	DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE						Jour	Mois	Année	à	Heures	Minutes
							niveau ou coefficient hiérarchique					
Convention collective applicable au salarié												
Emploi occupé												
Durée du travail	Hebdo.	ou	Mensuelle	ou	Annuelle	Si forfait jours			Si temps partiel	%		
	(heures)		(heures)		(heures)	(jours)						
Nature du contrat	CDI <input type="checkbox"/>	CDD <input type="checkbox"/>	motif de recours du CDD :			CDD à objet défini <input type="checkbox"/>	si CDD, durée (en jours)					
Date de fin du précédent CDD						Durée de la période d'essai (en jours)						
Type de contrat particulier <input type="checkbox"/>	Lequel											
Salaire mensuel brut à l'embauche					€	A préciser						
					€	Si lieu de travail différent de l'établissement						
				Dépt		commune						
				et								
Le salarié (1) : <ul style="list-style-type: none"> est cadre ou assimilé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> - dans la catégorie art 4 ou 4 bis Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - dans la catégorie art 36 Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> est rémunéré exclusivement en nature Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> est domicilié fiscalement à l'étranger Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> est saisonnier Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 												
DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES :						travailleur occasionnel <input type="checkbox"/>			demandeur d'emploi <input type="checkbox"/>			

4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ? Oui Non

Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ? Oui Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ? Oui Non

Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ? Oui Non

Conditions de travail prévues à l'embauche

• bruit Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	• produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• vibrations Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autre risque précisez
• agents biologiques Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• travail de nuit Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Le

Signature