A remplir par l'employeur et à joindre par le salarié à la demande d'allocation spécifique de reclassement .

Unédic

CONVENTION DE RECLASSEMENT PERSONNALISÉ CRP

ATTESTATION D'EMPLOYEUR

FICHE 3 14

convention de reclassement personnalisé

Attestation d'employeur destinée à Pôle emploi

1 L'employeur

Etablissement employeur : .....

Adresse : .....

S'il s'agit d'un établissement secondaire, nom ou raison sociale de l'établissement principal : .....

.....

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Statut juridique : .....

N° SIRET : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Code APE/NAF : ☐☐☐☐☐

N° d'affiliation Pôle emploi (anct Assédic) ou à l'organisme ayant recouvré les contributions d'assurance chômage :

[En cas de paiement groupé des contributions, indiquez le n°d'affiliation à Pôle emploi (anct Assédic) ou à l'organisme de recouvrement]

☐ Pôle emploi (anct Assédic) de .....

☐ Pôle emploi services (anct Garp) ..... } N° ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Autre *(précisez)* .....

(CMSA, URSSAF, CCVRP)

Nombre total de salariés dans l'établissement employeur au 31.12 écoulé : ☐☐☐☐☐

En cas d'établissements multiples,

nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé : ☐☐☐☐☐

☐ *ne rien inscrire dans ce cadre*

SPÉCIMEN

2 Le salarié

☐ M ☐ Mme ☐ Mlle

Nom de naissance ..... Prénom .....

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) .....

Adresse : .....

..... Code postal : ☐☐☐☐☐

NIR : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ? (conjoint, enfant, etc.) : .....

Niveau de qualification : ..... ☐☐ *(code : voir notice)* Statut cadre ou assimilé : ☐ OUI ☐ NON

3 Caisses de retraite complémentaire du salarié

Sigle, nom et adresse des institutions de retraite

ARRCO : .....

AGIRC : .....

Autres : .....

(Pour les cadres ou assimilés affiliés à l'AGIRC et à l'ARRCO, les deux institutions doivent être renseignées).

Les informations recueillies dans ce document sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation spécifique de reclassement. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez, auprès du Directeur de Pôle emploi , d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.
Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

Unédic - DAJ 514-01/09 men art work - Tous droits réservés

CONVENTION DE RECLASSEMENT PERSONNALISÉ — CRP

Reporter ici le nom, le prénom et le NIR du salarié concerné :

Nom : .....
Prénom : .....

NIR : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| clé |_|_|

Unédic

ATTESTATION D'EMPLOYEUR

FICHE 3 2/4

convention de reclassement personnalisé

4 Emploi

- Durée d'emploi salarié : ..... du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
- Dernier emploi tenu : .....
- Date de l'engagement de la procédure de licenciement : ..... |_|_|_|_|_|_|
- En cas d'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale, indiquez la caisse : ..... et le numéro d'affiliation : .....
- Le salarié relève-t-il du régime local d'Alsace Moselle ? ☐ OUI ☐ NON

- Catégorie d'emploi particulier :
  ☐ travailleur à domicile ☐ expatrié ☐ détaché à l'étranger ☐ autre : ..... *(précisez)*
- Horaire de travail : hebdomadaire annuel
  - dans l'entreprise suite à un accord, une convention collective : |_|_| |_|_|_|
  - du salarié : |_|_| |_|_|_|
  - motif en cas de différence : ☐ travail à temps partiel
    ☐ autre motif ..... *(précisez)*
- Contrat de type particulier : ☐ professionnalisation ☐ CIE ☐ qualification ☐ soutien emploi jeune
  ☐ autre : ..... *(précisez)*
- Statut particulier : ☐ gérant ☐ administrateur/PDG/DG ☐ Mbre/Pdt du Directoire
  ☐ Mbre du Cons. de surveillance ☐ Pdt d'une association ☐ Mbre d'un GIE ☐ associé/actionnaire
  ☐ autre : ..... *(précisez)*

SPÉCIMEN

5 Chômage total sans rupture de contrat de travail

Le salarié était-il, au moment de la proposition de la convention de reclassement personnalisé, en chômage total sans rupture de contrat de travail ? 40 ☐ OUI ☐ NON
Avez-vous demandé les allocations de chômage partiel à la DDTEFP ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, période indemnisée au titre du chômage partiel : du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|

6 Motif de la rupture du contrat de travail

26 ☐ Rupture d'un commun accord pour motif économique dans le cadre d'une convention de reclassement personnalisé.

Salarié licencié à l'âge de 55 ans ou plus
Si une convention FNE a été conclue par l'entreprise, l'intéressé(e) a-t-il(elle) refusé la proposition d'adhérer à la convention ? 10 ☐ OUI 21 ☐ NON

CONVENTION DE RECLASSEMENT PERSONNALISÉ
CRP

Reporter ici le nom, le prénom et le NIR du salarié concerné :

Nom : .....
Prénom : .....

NIR : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| clé

Unédic

ATTESTATION D'EMPLOYEUR

FICHE 3 3/4

convention de reclassement personnalisé

7.1 salaires des 12 derniers mois civils complets

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé payé (Ex : dernier jour travaillé payé : le 10/02/2009, indiquez les salaires du 01/02/2008 au 31/01/2009).

Dernier jour travaillé payé : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Période de paie du 1	au 1	Date de paie 2	Nb d'heures travaillées 3	Nb de jours n'ayant pas été intégralement payés 4	Salaire mensuel brut 5	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale) 6	Observations En cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif 7

SPÉCIMEN

7.2 Salaire versé après le dernier mois civil indiqué au cadre ci-dessus

Période du |_|_| |_|_| |_|_|_|_| au |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Salaire brut : |_____| €

7.3 Primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 7.1

Période couverte par l'indemnité ou la prime du	au	Date de paiement	Nature de la prime ou indemnité (13e mois, prime de bilan, prime exceptionnelle...). ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés ne doivent pas figurer ici.	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

CONVENTION DE RECLASSEMENT PERSONNALISÉ
CRP

Reporter ici le nom, le prénom et le NIR du salarié concerné :

Nom : .....
Prénom : .....

NIR : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| clé |_|_|

Unédic

ATTESTATION D'EMPLOYEUR

FICHE 3 A14

convention de reclassement personnalisé

8 Avance du régime de garantie des créances des salariés (AGS)

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire, une avance de l'AGS :

a-t-elle été perçue ? oui ☐ Pour quelles créances : .....
non ☐ Motif : .....

est-elle à percevoir ? oui ☐ Pour quelles créances : .....
non ☐ Motif : .....

9 Participation au financement de la convention de reclassement personnalisé

Contribution au financement de l'allocation spécifique de reclassement
(pour les salariés justifiant de 2 ans ou plus d'ancienneté dans l'entreprise)

- Montant correspondant à l'indemnité de préavis (charges sociales, patronales et salariales comprises), dans la limite de deux mois, qui aurait été versée si le salarié n'avait pas accepté la convention de reclassement personnalisé : ..... | | €

Participation au financement des prestations d'accompagnement
(quelle que soit l'ancienneté du salarié dans l'entreprise)

- Nombre d'heures acquises par le salarié, à la rupture du contrat de travail, au titre du droit individuel à la formation (DIF) et n'ayant pas été utilisées : ..... a | |
- Montant net du salaire horaire du salarié avant son départ de l'entreprise : ..... b | | €
- Somme à payer à ce titre : ..... $a \times \frac{b}{2} =$ c | | €

SPÉCIMEN

Cette somme est exigible le 25 du 2e mois civil suivant la fin du contrat de travail du salarié.

10 Authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) ..... (prénom) .....

agissant en qualité de : .....

☐ chef d'entreprise ☐ directeur ☐ comptable ☐ mandataire liquidateur
☐ gérant ☐ chef du personnel ☐ administrateur judiciaire ☐ autre : ..... *(précisez)*

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts.

À ..... le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Signature

Cachet de l'entreprise

Personne à joindre concernant cette attestation :

.....

Téléphone : |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|