

Ce document n'est pas un accusé de réception et ne justifie pas de l'envoi de votre DPAE

Les informations suivies d'un astérisque sont à produire OBLIGATOIREMENT

Etablissement employeur

N° Siret	79906705300014	Code Naf (APE) *	9002Z
Nom, prénom ou dénomination *	ASSOCIATION 7 LIEUX		
Adresse de l'établissement *	12, RUE D ARTOIS		
	59000	LILLE	
	(Code Postal)	(Commune)	
Urssaf de	URSSAF NORD-PAS-DE-CALAIS 317		
Téléphone			

Futur salarié

Nom de naissance *	CHARLET		
Nom marital			
Prénoms *	VIRGINIE	Sexe *	Masculin
Date de naissance *	21	/	12 / 1977
Lieu de naissance *	59	SOMAIN	
	Dépt.	Commune ou pays (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement)	
Numéro de sécurité sociale *	277125957405354		

En l'absence du Numéro de Sécurité sociale, une demande d'immatriculation du futur salarié sera transmise à la CPAM. Si vous ne connaissez pas le numéro complet, merci de ne rien indiquer.

Contrat

Contrat : *

<input checked="" type="checkbox"/>	Contrat à Durée Indéterminée			
<input type="checkbox"/>	Contrat Travail Temporaire			
<input type="checkbox"/>	Contrat à Durée Déterminée	Si CDD, date de fin de contrat		/
Date prévisible d'embauche *	11	/	5	/ 2015
		Heure prévisible d'embauche *	14	: 00
Durée de la période d'essai (en jours)				
Service de santé au travail	176 - SIST CENTRE MEDICAL DE LA BOURSE			
	26 RUE NOTRE DAME DES VICTOIRES 75002 PARIS			