

FORMULAIRE MOUVEMENT DE PERSONNEL

- CHANGEMENT DE CONTRAT** (compléter A et B)
 ENTREE - NOUVEAU SALARIE (*merci de joindre un R.I.B.*) (compléter A et B)
 SORTIE – FIN DU CONTRAT DE TRAVAIL (compléter A et C)

A ENTREPRISE

N° ADHERENT :

SIRET : _____ / _____

RAISON SOCIALE :

TELEPHONE : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL : _____

SALARIE

NIR PERSONNEL DU SALARIE (1) : _____ / _____
(15 chiffres)

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / _____

NATIONALITE :

LIEU DE NAISSANCE :
(département + commune ou pays)

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : _____

VILLE :

TEL PORTABLE ET/OU FIXE : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

MAIL :@.....

CONTRAT

TYPE DE CONTRAT : CDI CDD CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION CONTRAT D'APPRENTISSAGE AUTRE :
(joindre une copie du contrat)

DEDUCTION FORFAITAIRE SPECIFIQUE (10%) : OUI NON

COTISE A POLE EMPLOI : OUI NON

REMUNERE A LA TACHE : OUI NON

TEMPS PARTIEL : OUI NON

CONVENTION COLLECTIVE :

METIER (2) :

QUALIFICATION CONVENTIONNELLE (2) :

HORAIRE HEBDOMADAIRE (ouvrier) :H

TAUX HORAIRE : €

HORAIRE MENSUEL (ETAM/IAC) :H

TAUX MENSUEL : €

JOUR DE REPOS HEBDOMADAIRE (*autre que le dimanche*) :

B ENTREE OU MODIFICATION DE CONTRAT

DATE D'EFFET : ____ / ____ / _____

C SORTIE (*informations permettant l'établissement du certificat de congés*)

PERIODE D'EMPLOI DU ____ / ____ / _____ AU ____ / ____ / _____ (*dans la période de référence de l'exercice congés en cours du 01/04/n au 31/03/n+1*)

MOTIF DU DEPART : LICENCIEMENT DEMISSION FIN DE CONTRAT RETRAITE DECES RUPTURE CONV. MUTATION GROUPE

TEMPS

(ouvrier en heures et ETAM/IAC en mois/jours)

TRAVAIL PAYE :

ACCIDENT DU TRAVAIL :

ACCIDENT DE TRAJET :

MALADIE PROFESSIONNELLE :

MATERNITE/ADOPTION/PATERNITE :

INTEMPERIES (HEURES) :

MALADIE NON PROFESSIONNELLE :

ACTIVITE PARTIELLE :

AUTRES ABSENCES :

Certifié exact le : ____ / ____ / _____

MONTANT

SALAIRE TOTAL BRUT (3) :

INDEMNITE INTEMPERIES (4) :

INDEMNITE ACTIVITE PARTIELLE (5) :

Cachet et signature

CE DOCUMENT DOIT ETRE ENVOYE A LA CAISSE CIBTP ET NON REMIS AU SALARIE

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER TOUTES LES RUBRIQUES SELON MOTIF DU MOUVEMENT DE PERSONNEL

- (1)** Seul le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale **attribué personnellement au salarié** peut être pris en compte. **Ne pas indiquer celui d'un parent** (même si le salarié y est rattaché pour ses remboursements de frais médicaux).
- (2)** Voir référentiel « métiers et qualifications » disponible sur le site de la caisse.
- (3)** Il s'agit du salaire total brut perçu au cours de la période dont la composition est détaillée sur le site de la caisse, rubrique « Assiettes des cotisations »
- (4)** Il s'agit de l'indemnité versée au salarié et correspondant aux arrêts intempéries ayant fait l'objet d'une déclaration auprès du service concerné. **Cette indemnité ne doit pas être intégrée dans le salaire total brut (3).**
- (5)** Il s'agit de l'indemnité versée au salarié et correspondant à une déclaration d'activité partielle autorisée par la DIRECCTE. **Cette indemnité ne doit pas être intégrée dans le salaire total brut (3).**

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement par la caisse dans le but d'assurer la gestion des régimes congés payés et/ou chômage intempéries. Ces données sont conservées pendant la durée de votre affiliation, sans préjudice des obligations particulières de conservation ou des délais de prescription. Pour connaître vos droits sur ces traitements, rendez-vous sur le site internet de la caisse www.cibtp-co.fr « Mentions légales/protection des données à caractère personnel ».