

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 différent

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénoms _____

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

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Numéro _____ Bis _____ Ter _____ Nat. Voie _____ Nom de voie _____

code postal _____ Ville _____

3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE _____ à _____

Secteur d'activité professionnelle _____ niveau ou coefficient hiérarchique _____

Convention collective applicable au salarié _____

Emploi occupé _____

Durée du travail _____

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 _____

Salaires mensuel brut à l'embauche _____ €

A préciser

Si lieu de travail différent de l'établissement 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					
Date de naissance					
Adresse					
Clé					
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Jour	Mois	Année	Lieu de naissance	Dépt	commune
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
Convention collective applicable au salarié	niveau ou coefficient hiérarchique					
Emploi occupé						
Durée du travail	Hebdo (heures)	ou	Mensuelle (heures)	ou	Annuelle (heures)	Si forfait jours (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					€	
Le salarié (1) : • est cadre ou assimilé • je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC - dans la catégorie art 4 ou 4 bis - dans la catégorie art 36	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>				
DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES : travailleur occasionnel <input type="checkbox"/>			A préciser Si lieu de travail différent de l'établissement			
			Dépt et commune			
				• est rémunéré exclusivement en nature • est domicilié fiscalement à l'étranger • est saisonnier		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Le salarié a-t-il un handicap reconnu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
Conditions de travail prévues à l'embauche • bruit • vibrations • agents biologiques • travail de nuit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
• produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques Autre risque précisez	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>											
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												

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 <input type="checkbox"/>

2 LE SALARIÉ

Nom de naissance					
Nom d'usage					
Prénoms					
N° de Sécurité Sociale	Clé				
Date de naissance	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Jour	Mois	Année	Lieu de naissance	Dépt	commune
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. (heures)	ou	Mensuelle (heures)	ou	Annuelle (heures)	Si forfait jours (jours)	Si temps partiel (%)
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						
Salaires mensuel brut à l'embauche			€		A préciser		
Si lieu de travail différent de l'établissement				Dépt	commune	et	
Le salarié (1) : • 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"/> - 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le salarié a-t-il un handicap reconnu ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
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

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.