



Entreprise

Numéro d'adhérent (si déjà adhérent) _____

Raison sociale : DOMAINE AF GROS

Numéro SIRET : 383967346100016

Adresse (siège social) : 5 Grande Rue

Complément d'adresse : La Gacelle

Code postal : 21630 Ville : POMMARA

Téléphone : _____ Fax : _____ Portable : _____

Adresse courriel : _____@_____

Salarié

Numéro Sécurité sociale : 18405690320211371

Date de naissance : 06/05/1984 Homme Femme

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : TRICHARA Prénom : Emilia

Marié(e) Pacsé(e) Concubin(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve)

Adresse : 84 Impasse de la Croix Rampaux

Complément d'adresse : _____

Code postal : 63115 Ville : CHIROUBLES

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Adresse courriel : _____@_____

Secteur d'activité : Paysage Autre : _____

Contrat de travail

Date d'embauche : 20/11/2017 Date de rupture du contrat de travail : 31/07/2019

Motif de la rupture : Démission pour motif légitime Rupture ou fin de CDD

Rupture conventionnelle Licenciement (non consécutif à une faute lourde) Autre (à préciser) : _____

Durée prévue de portabilité : 12 mois

(Durée égale au nombre de mois d'ancienneté dans l'entreprise et au maximum égale à 12 mois).

Demande de portabilité (à remplir par le salarié)

Je soussigné(e) demande le maintien de mon affiliation et, le cas échéant, celle de mes ayants droit, au contrat frais de santé auquel j'étais affilié et ouvrais droit en tant qu'actif.

Je m'engage à transmettre les documents suivants :

- Copie du certificat de travail
- Attestation de prise en charge par l'assurance chômage (Pôle Emploi).

En l'absence de justificatifs, aucun droit santé ne pourra être mis en place.

Je m'engage, chaque mois, à adresser une copie de l'attestation de paiement Pôle Emploi.

Je m'engage à informer immédiatement AGRI PRÉVOYANCE de tout changement dans ma situation entraînant la cessation anticipée du dispositif portabilité :

- reprise d'une activité professionnelle ;
- cessation de mes droits au régime d'assurance chômage.

Fait à :

Le :

Signature de l'ancien salarié (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je reconnais :

- avoir pris connaissance du caractère obligatoire des réponses aux questions posées, du droit d'accès et de rectification des informations personnelles, auprès du Groupe AGRICA – Correspondant Informatique et Libertés, 21, rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08 – ou par courriel à l'adresse suivante : cnl.bif@groupagricacem ;
- que les destinataires des données personnelles sont des personnes habilitées à traiter les opérations, soit collaborateurs, soit intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés ;
- que les données recueillies par l'institution lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AGRICA à des fins de communication commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus.

À retourner complété par l'ancien salarié auprès de la Caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont il relève.

DOMAINE A.F GROS
5 Grande rue
21630 POMMARD

Siret : 38396734600016
Code Naf : 0121Z

Reçu pour solde de tout compte

Je soussigné, Monsieur TRICHARD Emilien

Demeurant à 84 Impasse de la croix Rampaux
69115 CHIROUBLES

reconnais avoir reçu ce jour, par chèque,
de DOMAINE A.F GROS
5 Grande rue
21630 POMMARD

pour solde de tout compte la somme nette de ***** 2932,61 Euros soit, en toutes lettres
***** Deux mille neuf cent trente deux euros et soixante et un centimes *****
correspondant à mon bulletin de paie du mois de Juillet 2019.

Cette somme m'est versée en paiement des éléments suivants, étant précisé que les montants sont indiqués avant déduction des éventuelles cotisations et contributions salariales :

Salaire de base	933.36
Indemnité jours fériés	28.00
Indemnité de Congés payés	384.54
Régul.Lissage Tâche 1.11.2018 au 31.10.2019	2800.08
Indemnité Jours fériés	84.00
Impôt sur le revenu prélevé à la source - PAS	-368.11

Conformément à l'article L.1234-20 du Code du travail, je reconnais être informé(e) de la possibilité de dénoncer ce reçu pour solde de tout compte dans les six mois suivant sa signature par lettre recommandée.

Passé ce délai, je ne pourrai plus contester les sommes qui y sont mentionnées.

Le présent reçu pour solde de tout compte a été établi en deux exemplaires, dont un m'est remis.

Fait à POMMARD le 31/07/2019

Signature de l'employeur précédée de la mention
"Bon pour règlement des sommes indiquées"

Signature du salarié précédée de la mention
"Bon pour acquit des sommes sous réserve d'encaissement"

Bon pour règlement des sommes indiquées

SAS DOMAINE AF GROS
5 Grande Rue - 21630 Pommard
SIRET 383 967 346 00016
T.V.A. FR 84 383 967 346



DOMAINE A.F GROS
5 Grande rue
21630 POMMARD

Siret : 38396734600016
Code Naf : 0121Z

Certificat de travail

Je soussignée, Madame PARENT ANNE FRANCOISE,
Agissant en qualité de PRESIDENTE

Certifie avoir employé Monsieur TRICHARD Emilien

Demeurant à 84 Impasse de la croix Rampaux
69115 CHIROUBLES

En qualité de TACHERON
Niveau : III
Echelon : 2

Du 20/11/2017 au 31/07/2019

Fait à POMMARD, le 31/07/2019

Signature précédée du nom et de la qualité du signataire :
Madame PARENT ANNE FRANCOISE
PRESIDENTE



SAS DOMAINE AF GROS
5 Grande Rue - 21630 Pommard
SIRET 383 967 346 00016
T.V.A. FR 84 383 967 346

ATTESTATION D'EMPLOYEUR DESTINÉE À Pôle emploi

A remplir par l'employeur et à délivrer au salarié avec son dernier bulletin de paie (Art. R. 1234-9 du C. du T.).

Unédic

ATTENTION, cette attestation doit être transmise par le salarié à Pôle emploi :

- s'il s'inscrit comme demandeur d'emploi, en la joignant à la demande d'allocations d'assurance chômage ;
- s'il est déjà inscrit, dans les 72 h de sa délivrance,

Attestation éditée automatiquement par Pôle emploi le 23/07/2019 10:05. N° d'ordre 9431

Logiciel utilisé : SILAEXPERT - Norme - version V01X13 reconstituée à partir des déclarations DSN

1. l'employeur

DOMAINE A.F.GROS
5 Grande rue

La Garelle
21630 POMMARD

Téléphone :

Statut juridique :

N° SIRET : 38396734600016

Code APE/NAF : 0121Z

N° d'affiliation et nom de l'organisme ayant recouvré les cotisations d'assurance chômage (URSSAF, CMSA, CCVRP, ...) :

N°

Nom

Nombre total de salariés dans l'entreprise au 31.12 écoulé :

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

 ne rien inscrire dans ce cadre

EMPLOYEURS DU SECTEUR PUBLIC (Art. L. 5424-1 du C. du T.).

Employeur en auto assurance

Employeur ayant conclu une convention de gestion

N° de la convention de gestion

Code d'affectation

N° interne employeur public

Employeur ayant adhéré à titre révocable

Date d'adhésion :

Employeur ayant adhéré à titre irrévocable

Statut du salarié : stagiaire titulaire non titulaire

Adhésion au régime particulier pour les apprentis du secteur public

2. le salarié

M^{me} M

Nom de famille (nom de naissance) : TRICHARD

Nom d'usage (nom d'épouse, etc.) :

Prénom (s) : Emilien

Adresse : 84 Impasse de la croix Rampaux

Code postal : 691115 Commune : CHIROUBLES

NIR (n° de Sécurité sociale) : 1840569092021

Date de naissance : 06/05/1984

Lieu de naissance : GLEIZE

Ressortissant français* Ressortissant UE* Ressortissant EEE* Ressortissant Suisse* Ressortissant hors UE et EEE*

Niveau de qualification* : ouvriers qualifiés et non qualifiés y compris ouvriers agricoles Statut cadre ou assimilé : oui non

*voir notice

3. régimes de retraite complémentaire du salarié

Cochez la ou les cases concernées

AGIRC

ARRCO

IRCANTEC

CRPN

CNBF

Autres (précisez) :

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

Les données à caractère personnel collectées dans ce formulaire sont destinées à l'étude des droits des salariés à l'allocation d'aide au retour à l'emploi. Elles sont mises à disposition dans le dossier dématérialisé concernant le salarié, dénommé DUDE. Elles sont communiquées à d'autres organismes de protection sociale ou concourant à son reclassement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent auprès de Pôle Emploi. Le droit d'opposition ne s'applique pas à la collecte de ces données.

1840569092021, TRICHARD Emilien

6.1 salaires des 12 mois civils complets précédant le dernier jour travaillé et payé

Portez dans ces cadres les salaires correspondant aux 12 mois civils précédant le dernier jour travaillé et payé. (Ex : dernier jour travaillé et payé : le 25/11/2017, indiquez les salaires du 01/11/2016 au 31/10/2017).

Demier jour travaillé payé :

3 1 0 7 2 0 1 9

Période de paie du 1 au		Date de paie 2	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours) 3	Nb de jours ou d'heures (précisez) n'ayant pas été intégralement payés 4	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage 5	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale) 6	Observations En cas de variation significative des salaires, indiquez-en le motif 7
01/08/2018	31/08/2018	31/08/2018	94,50 Heure(s)		944.24		
01/09/2018	30/09/2018	30/09/2018	94,50 Heure(s)		944.24		
01/10/2018	31/10/2018	31/10/2018	94,50 Heure(s)		944.24		
01/11/2018	30/11/2018	30/11/2018	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E
01/12/2018	31/12/2018	31/12/2018	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E.
01/01/2019	31/01/2019	31/01/2019	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E.
01/02/2019	28/02/2019	28/02/2019	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E.
01/03/2019	31/03/2019	31/03/2019	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E.
01/04/2019	30/04/2019	30/04/2019	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E.
01/05/2019	31/05/2019	31/05/2019	94,50 Heure(s)		961.36		+ ICCP 96.14 E.
01/06/2019	30/06/2019	30/06/2019	94,50 Heure(s)		865.22		+ ICCP 96.14 E.
01/07/2019	31/07/2019	31/07/2019	94,50 Heure(s)		3460.90		

6.2 primes et indemnités de périodicité différente des salaires, non mentionnées dans le cadre 6.1

ATTENTION : les indemnités de départ ou compensatrices de congés payés doivent figurer dans la rubrique 6.3.

Primes ou indemnités à périodicité liées à l'activité du salarié

Nature des primes ou indemnités (1 ³ mois, prime de vacances...).	Période couverte par l'indemnité ou la prime du au		Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage
prime exceptionnelle liée à l'activité	01/12/2018	31/12/2018	31/12/2018	400,00

Primes ou indemnités exceptionnelles liées à l'activité du salarié

Nature des primes ou indemnités (prime de transfert, prime de bilan...).	Date de paiement	Montant soumis aux contributions d'assurance chômage

POUR S'INSCRIRE OU SE RÉINSCRIRE COMME DEMANDEUR D'EMPLOI, LE SALARIÉ EFFECTUE SA DEMANDE D'INSCRIPTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE

www.pole-emploi.fr - candidat - m'inscrire / me réinscrire.

1840569092021, TRICHARD Emilien

6.3 sommes versées à l'occasion de la rupture (solde de tout compte)

salaires (versé après le dernier mois civil mentionné au cadre 6.1)

Période du	au	Date de paiement	Temps de travail payé (précisez en heures ou en jours)	Salaire mensuel brut soumis à contributions d'assurance chômage	Montant du précompte Assurance chômage (part salariale)

indemnité compensatrice de préavis

Montant : _____ EUR

indemnité compensatrice de congés payés

Montant : _____ 384.54 EUR

L'indemnité est-elle due par une caisse professionnelle ? oui non

Si oui, précisez laquelle :

et précisez le nombre de jours ouvrables _____

total des sommes ou indemnités légales, conventionnelles ou transactionnelles inhérentes à la rupture

_____ EUR

• Montant correspondant aux indemnités légales (voir notice) : _____ EUR

dont indemnités :

légale de licenciement _____
(Art. L. 1234-9 du C. du T.)

spéciale de licenciement _____

spécifique de licenciement _____
(Art. L. 1235-15 du C. du T.)

minimale de rupture conventionnelle _____
(Art. L. 1237-13 du C. du T.)
Montant correspondant à celui de l'indemnité légale de licenciement

due aux journalistes _____

légale de clientèle _____

de fin de contrat à durée déterminée _____

légale due au personnel navigant de l'aviation civile _____

de fin de mission _____

versée à l'apprenti en application de l'article L. 6225-5 al.2 du C. du T. _____

de départ à la retraite _____

due en raison d'un sinistre _____

autres indemnités légales _____

• Montant correspondant aux indemnités conventionnelles (convention collective) : _____ EUR

• Montant correspondant aux indemnités transactionnelles (transaction) : _____ EUR

Une transaction est-elle en cours ? oui* non

*Si d'autres sommes sont versées après l'établissement de cette attestation, vous devez les déclarer à Pôle emploi.

7. avance du régime de garantie des salaires

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 : _____

8. authentification par l'employeur

Je soussigné(e), (nom) : GROS (prénom) : ANNE FRANÇOISE

agissant en qualité de :

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

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, le motif de la rupture du contrat de travail qui est, je le rappelle, le suivant : démission

En cas de rupture conventionnelle, atteste n'avoir pas reçu de refus d'homologation de la convention de la part de la Direccte ou, le cas échéant, de refus de l'inspection du travail.

À POMMARD le 31.07.2019

Signature



Personne à joindre concernant cette attestation :

Telephone : _____

Cachet de l'entreprise

SAS DOMAINE AF GROS
 5 Grande Rue - 21630 Pommard
 SIRET 383 967 346 00016
 T.V.A. FR 84 383 967 346

IMPORTANT

Ce document est à compléter et à signer par l'entreprise puis à remettre à la caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez

DECLARATION DE DEPART DE SALARIE – MODELE D'INFORMATION EMPLOYEUR

Ce modèle de déclaration doit être complété :

- dès lors qu'un ou plusieurs salariés quittent l'entreprise,
- s'ils sont éligibles au maintien temporaire de la garanties frais de santé et/ou prévoyance (portabilité).

Vous devez informer la **caisse de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dont vous relevez** du départ de l'ancien salarié en adressant ce modèle d'information employeur.

NOMS	PRENOMS	N°INSEE	DATE DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL
TRICHARD	Emilien	184056902202133	31/07/2019

Pour rappel, au moment de la rupture du contrat de travail de vos salariés, vous avez l'obligation de les informer de leur droit au maintien des garanties santé et/ou prévoyance.

Pour trouver tous les documents utiles, rendez-vous sur notre site Internet www.groupagricol.com.

RÉSERVÉ A L'ENTREPRISE

A Pommard
Le 31/07/2019

Signature et tampon de l'entreprise

SAS DOMAINE AN GROS
5 Grande Rue - 21820 Pommard
SIRET 383 987 346 00016
T.V.A. FR 84383 987 346