cerfa
N° 12434*02

CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION

CERFA EJ 20

Contrat régi par les articles L. 6325-1 à L. 6325-24 du Code du travail

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination : _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :
N° Voie
Complément :
Code postal |_|_|_|_|_| Commune :
Téléphone: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / Télécopie: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Courriel : _____@ _____
Caisse de retraite complémentaire :
Organisme de prévoyance (le cas échéant) :

Particulier-employeur : ☐ oui ☐ non
N°URSSAF du particulier-employeur : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Code NAF : |_|_|_|_|_|
Effectif salarié de l'entreprise : |_|_|_|_|_|_|_|
Convention collective appliquée :
_____
_____
Code IDCC de la convention collective appliquée : |_|_|_|

LE SALARIÉ

Nom et prénom :
_____

Adresse : N° Voie
Complément :
Code postal |_|_|_|_|_| Commune :
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Courriel : _____@ _____

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Sexe : ☐ M ☐ F
Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☐ non
Inscrit à Pôle Emploi : ☐ oui ☐ non
Si oui, numéro d'inscription : |_|_|_|_|_|_|_|_| durée : |_|_|_| mois
Situation avant ce contrat : |_|_|
Type de minimum social, si bénéficiaire : |_|
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : |_|_|

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur
Nom et prénom :
_____
Emploi occupé :
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEC
Nom et prénom :
_____
Emploi occupé :
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

LE CONTRAT

Nature du contrat : ☐ CDI ☐ CDD ☐ travail temporaire
Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :

Type de contrat : |_|_|

Classification de l'emploi dans la convention collective :
Niveau : |_|_|_| Coefficient hiérarchique : |_|_|_|
Date de début du contrat ou date d'effet de l'avenant :
|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI :
|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Durée de la période d'essai : |_|_|_| jours
Durée hebdomadaire du travail : |_|_| heures |_|_| minutes
Salaire brut à l'embauche : |_|_|_|_|, |_|_| € / mois (€ / heure pour un contrat de travail temporaire)

LA FORMATION

Organisme de formation principal :
OGEC La Salle St Nicolas

N°SIRET de l'organisme de formation principal :
|3|8|9|5|0|3|1|0|3|0|0|0|3|5|
Il s'agit d'un service de formation interne : ☐ oui ☒ non
☒ ***L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié***
N° de déclaration d'activité de cet organisme : |1|1|9|2|1|9|1|1|1|9|2|
Nombre d'organismes de formation intervenant : |1|

Type qualification visée : |0|1|
Diplôme ou titre visé : |3|1|
Intitulé précis :
BTS Support à l'Action Managériale
Spécialité de formation : |3|4|4|
Durée totale des actions d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : |1|3|5|0| heures
Dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : |1|3|5|0| heures
Date de début du cycle de formation : |0|1| |0|9| |2|0|1|8|
Date prévue de fin des épreuves ou des examens : |3|1| |0|8| |2|0|2|0|

En application de l'article L.6325-3 du code du travail, l'employeur s'engage à assurer au titulaire du contrat une formation lui permettant d'acquérir une qualification professionnelle et à lui fournir un emploi en relation avec cet objectif pendant la durée du CDD ou de l'action de professionnalisation du CDI. Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.

Fait le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à

Signature de l'Employeur ***Signature du Salarié***

OPCA AUQUEL EST ADRESSÉ LE DOSSIER COMPLET

Nom de l'OPCA :
N° d'adhérent de l'employeur à l'OPCA s'il existe :

Pour remplir le contrat reportez-vous à la notice en suivant l'ordre des rubriques du contrat ou effectuez votre démarche en ligne sur le site du service public de l'alternance : www.alternance.emploi.gouv.fr