MISE EN ŒUVRE D'UNE PÉRIODE D'IMMERSION

cerfa 13912*01

Art. 18 et 28 de la loi n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 - Décret n° 2009-390 du 7 avril 2009

LE CONTRAT CONCERNÉ

☐ Contrat à durée déterminée d'insertion (CDDI art. L5132-5, L5132-11-1, L5132-15-1 du code du travail)

☐ Contrat d'Accompagnement dans l'Emploi (CAE) : dept mois année code ALE ou code prescripteur n° d'ordre avenant

☐ Contrat d'Avenir (CA) : n° de convention d'objectifs n° CA avenant

L'EMPLOYEUR

Dénomination : _____ N° Siret :

N° : Rue ou voie : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal :

Commune : _____

Adresse électronique : _____ ✆

☐ Entreprise d'insertion
☐ Association intermédiaire
☐ Atelier ou chantier d'insertion

N° de l'annexe financière à la convention conclue avec l'Etat :

LE SALARIÉ

M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Nom : _____ Prénom : _____

Pour les femmes mariées, nom patronymique : _____

Né(e) le

N° : Rue ou voie : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Adresse électronique : _____ ✆

L'ENTREPRISE D'ACCUEIL

Dénomination : _____ N° Siret :

N° : Rue ou voie : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : Activité principale : _____

Commune : _____

Adresse électronique : _____ ✆

PÉRIODE D'IMMERSION

La période d'immersion est prévue sur jours *(en nombre de jours)*

soit du au

Poste d'affectation : *(Code ROME)* *(se référer au site www.pole-emploi.fr)*

Objectif principal de l'immersion :

☐ Acquérir de nouvelles compétences ☐ Découvrir un métier ou d'un secteur d'activité

☐ Confirmer un projet professionnel ☐ Initier une démarche de recrutement

Un imprimé doit être établi :

- *par la structure de l'insertion par l'activité économique pour chaque période réalisée.*
- *dans le cas des autres employeurs, par le prescripteur pour chaque période d'immersion agréée.*

Fait le : _____

uniquement pour les employeurs autres que les SIAE

Pour le prescripteur

(Signature et cachet)

Fait le : _____

pour tous les employeurs

L'employeur ou son représentant

(Signature et cachet)

Destinataires : *Original blanc =* **ASP** */ Rose = employeur / Vert = prescripteur (si signataire)*

Transmis à l'Agence de services et de paiement le :