

**DÉCLARATION UNIQUE D'EMBAUCHE - DUE** (1) Voir Notice explicative

Les Informations sur fond gris sont à produire **obligatoirement avant l'embauche**, sous peine de sanctions (art. L. 320 et R. 362. 1 du Code du travail)

**1 L'EMPLOYEUR**

Téléphone	Télécopie	E-mail
N° SIRET OU MSA		Code APE (NAF)
Nom Prénom ou dénomination		
Adresse		Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente <input type="checkbox"/>

Personne à contacter dans votre entreprise

	Téléphone
--	-----------

Si le salarié n'a jamais été immatriculé au régime agricole, **justificatif d'état civil obligatoire joint**   
 Si le salarié est de nationalité étrangère, **copie de son titre de séjour joint**

**2 LE SALARIÉ**

Nom de naissance											
Nom marital ou nom d'usage											
Prénoms											
N° d'immatriculation	Clé										
Date de naissance	Jour	Mois	Année	Lieu de naissance			Dépt.	Nationalité :			
Adresse	Numéro		Bis Ter	Nat. Voie	Nom de voie						
	code postal		Ville								

**DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE**

Jour	Mois	Année	à	Heures	Minutes
------	------	-------	---	--------	---------

**3 L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI**

Secteur d'activité professionnelle  
 Convention collective applicable au salarié  
 Emploi occupé  
 Durée du travail(en heures)

niveau ou coefficient hiérarchique					
Hebdo.	Mensuelle	Annuelle	Si temps partiel (en pourcentage %)		

**Nature du contrat**

CDI     
  Contrat "nouvelles embauches"     
  CDD     
 si CDD, durée (en jours)

Type de contrat particulier  Lequel

Salaire 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 la CRCCA  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

**DEMANDE D'EXONÉRATION DE COTISATIONS PATRONALES :**

embauche sous CDI par un groupement d'employeurs

**DEMANDE DE BENEFICE DE TAUX RÉDUITS :**

travailleur occasionnel  demandeur d'emploi

**DEMANDE D'EXONERATION DE COTISATIONS SALARIALES :**

travailleur occasionnel ou demandeur d'emploi de moins de 26 ans

**4 SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL**

Dans les 6 mois précédant l'embauche, le salarié a-t-il été déclaré apte par un médecin du travail pour un emploi identique ?  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

**Conditions de travail prévues à l'embauche**

- travail dans le bruit  Oui  Non
  - conduite de véhicules lourds, chariots élévateurs, engins agricoles  Oui  Non
  - manipulation de charges lourdes  Oui  Non
  - travail de nuit  Oui  Non
  - manipulation de produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques  Oui  Non
- Autre risque précisez
- |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

J'ai pris connaissance au préalable des conditions réglementaires permettant de bénéficier des aides ou exonérations  
 Fait à ..... Le .....

Signature