

FORMULAIRE D'EMBAUCHE DU SALARIE

(à compléter impérativement par l'employeur)



S M I E V E

ENTREPRISE :

Nom :

Mail du contact dans la société :

TYPE DE VISITE

- **Nouveau salarié :**
 - Date d'entrée :
 - Durée de la période d'essai :
 - Si CDD, date de fin de contrat :
- **Reprise(*) :**
 - Maladie AT MP Maternité
 - Date d'arrêt :
 - Date de reprise :
- **Occasionnelle (demandée par l'employeur) :**
 - Motif :
 -

SALARIE

Nom / Prénom :

Nom de jeune fille :

Situation familiale :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

.....

Adresse mail :

Type de contrat (*) : CDI CDD Saisonnier – de 45 jours Apprenti(e) TT

Intitulé du poste de travail :

Risques particuliers à cocher (article R4624-23 du CT) :

- Amiante Plomb CMR (agents cancérigènes, mutagènes ou toxique/reproduction)
- Rayonnements ionisants Montage-démontage Echafaudages Risque hyperbare
- Autorisation de conduite Travail sous tension Agents biologiques pathogènes **groupe 3 ou 4**
- Dérogation pour travaux dangereux **(-18ans)**
- Risques particuliers définis par l'employeur.....**

Renseignements certifiés exacts, le / /20

(La date de réception de ce formulaire intégralement rempli correspondra à la date de demande de visite. Cette demande sera ensuite traitée dans les meilleurs délais.)

NOM DU SIGNATAIRE

*** rayer la mention inutile**