

COMMUNE DE BONNE



ATTESTATION D'EMPLOYEUR

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR ET A RENDRE EN ORIGINAL.
AUCUN AUTRE DOCUMENT NE SERA ACCEPTE EN SUBSTITUTION.

JE SOUSSIGNE (E) :

EN QUALITE DE :

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL :

VILLE : CODE POSTAL :

CERTIFIE EMPLOYER MADAME MONSIEUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

SOUS CONTRAT A DUREE DETERMINEE

DU AU

TEMPS DE TRAVAIL : COMPLET PARTIEL
Jours travaillés : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

SOUS CONTRAT A DUREE INDETERMINEE

DEPUIS

TEMPS DE TRAVAIL : COMPLET PARTIEL
Jours travaillés : lundi mardi mercredi jeudi vendredi

JE CERTIFIE QUE LE SALARIE CI-NOMME N'EST NI EN PERIODE DE PREAVIS, DE LICENCIEMENT OU DE DEMISSION.

FAIT ALE..... SIGNATURE ET CACHET DE L'ENTREPRISE

Toute fausse déclaration peut entraîner la responsabilité de l'employeur ainsi que l'annulation de(s) enfant(s) concerné(s). Document confidentiel utilisé exclusivement par la Mairie de Bonne.

