

CONVENTION RELATIVE À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PÉRIODE DE MISE EN SITUATION EN MILIEU PROFESSIONNEL N° _____



Articles L.5135-1 et D.5135-1 et suivants du code du travail

L'ORGANISME PRESCRIPTEUR

Dénomination : Pôle Emploi de Biongan Forme juridique : _____
 Adresse : Le Parc du Moulin - Av. Sul de Graille
 Code postal : 05100 Commune : Biongan (C) _____
 S'agit-il d'un prescripteur conventionné ? Oui Non - Si oui, référence du conventionnement : _____
 Coordonnées de la structure conventionnant : _____
 S'agit-il de la structure d'accompagnement ? Oui Non

LE BÉNÉFICIAIRE

M. Mme Nom de naissance : TRUUCIOT Prénom : Anthony
 Nom marital : _____ RQTH : AAH : Autres TH :
 Né(e) le : 28/11/1990 à (commune) : GAP (département / pays) : 05
 Nationalité : France Union européenne ou EEE ou Confédération suisse Autre
 Si Autre : intitulé du titre de séjour : _____ N° du titre de séjour : _____
 Date d'expiration : _____
 Adresse : Quartier Le Roy
 Complément d'adresse : _____
 Code postal : 05600 Commune : Eyrieux (C) 0630123028
 Courriel : _____ @ _____
 Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

Situation du bénéficiaire avant l'entrée en période de mise en situation en milieu professionnel :

Demandeur d'emploi suivi par Pôle emploi - N° DE : 79895314
 Jeune sans emploi suivi par la mission locale - Date inscription : _____
 Demandeur d'emploi suivi par un organisme relevant du 1°bis du L.5311-4 du code du travail - Date inscription : _____
 Salarié d'une structure de l'IAE relevant du 2° du L.5311-4 du code du travail
 Salarié bénéficiant d'un contrat aidé

| | | | | |
|------|-------|------------|------------------------|----------------------|
| dept | année | n° d'ordre | avenant renouvellement | avenant modification |
| | | | | |

 Autre salarié en accompagnement social ou professionnel
 Autre, à préciser : _____

Si le bénéficiaire est un salarié :

Dénomination / Raison sociale de l'employeur : _____
 Forme juridique : _____ N° SIRET : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ (C) _____
 Représenté par : Nom : _____ Prénom : _____ Fonction : _____

LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Dénomination / Raison sociale : _____ Forme juridique : _____
 N° SIRET : _____ Code APE : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ (C) _____
 Activité principale : _____
 Convention collective ou accord de branche applicable : _____
 Personne responsable de l'accueil et du suivi du bénéficiaire : Nom : _____ Prénom : _____
 Fonction : _____ (C) _____ Courriel : _____ @ _____

LA STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT

S'agit-il de l'organisme prescripteur ? Oui Non ----- Si OUI, NE COMPLÉTER QUE LA ZONE CONSEILLER RÉFÉRENT -----
 Dénomination : _____ Forme juridique : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
Conseiller référent : Nom : _____ Prénom : _____
 (C) _____ Courriel : _____ @ _____

