



Direction Départementale
du Travail, de l'Emploi et
de la Formation
Professionnelle

**DEMANDE INDIVIDUELLE D'AIDE AUX TRAVAILLEURS
PARTIELLEMENT PRIVÉS DE TRAVAIL PENDANT LA FERMETURE DE
L'ENTREPRISE POUR CONGÉS PAYÉS**
(art. R. 351-52 du Code du travail)

cerfa
12480*01

CP 05

Formulaire à remplir par le salarié et à remettre à l'employeur qui le complétera et l'adressera
EN 3 EXEMPLAIRES à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

PARTIE EMPLOYEUR

Raison sociale de l'entreprise ou de l'établissement employeur _____

adresse _____
numéro _____ nom de la voie (rue, lieudit...)

_____ nom de la voie (rue, lieudit...)

_____ code postal _____ commune

n° de SIRET _____ n° de Code APE _____

Effectif total de l'entreprise _____ Durée hebdo du travail applicable dans l'entreprise _____ H _____ MM

Période de référence du 1^{er} juin au 31 mai du 1^{er} avril au 31 mars (BTP) autre (préciser) _____

Période de fermeture du _____ inclus au _____ inclus
J J M M A A A A

Indiquer la période des précédentes fermetures _____

PARTIE SALARIE

Nom du salarié _____ Prénom _____

Date d'entrée chez l'employeur actuel ou reprise d'activité _____ Durée hebdo de travail _____ H _____ MN

Type de contrat de travail : CDI Apprenti (copie à joindre) CDD (copie à joindre) Autres (Précisez)

**QUELLES ONT ÉTÉ VOS ACTIVITES DEPUIS VOTRE ENTREE OU REPRISE D'ACTIVITE CHEZ VOTRE ACTUEL
EMPLOYEUR JUSQU'AU DEBUT DE LA PERIODE DE RÉFÉRENCE qui est à déterminer comme indiqué dans la notice**

Veuillez indiquer les noms et adresses de vos employeurs précédents ou les situations particulières (Chômage, service
volontaire national, maladie ordinaire ou professionnelle, congé maternité/parental, étude, formation professionnelle ou autres cas)

Dernière activité	_____	_____
Activité précédente	_____	_____
Activité précédente	_____	_____
Activité précédente	_____	_____
Activité précédente	_____	_____
Activité précédente	_____	_____
Activité précédente	_____	_____

Pour les situations particulières indiquées ci dessus, adresser la notification de prise en charge dans le cadre du chômage, les pièces justificatives pour les périodes de maladie, de service volontaire national, de congé maternité/parental ou tout autre cas.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par l'article L. 365-1 du Code du travail

Fait le _____ à _____ Signature du demandeur:

