Les informations recueillies dans ce document sont destinées à la constitution de votre dossier relatif au contrat de sécurisation professionnelle. Elles peuvent faire l'objet d'une communication aux autres organismes de protection sociale. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation des informations à caractère personnel qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit auprès du délégué à la protection des données de Pôle emploi à contact-dpd@pole-emploi.fr et auprès de votre agence Pôle emploi, sur place ou par courrier postal ou électronique. Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement informatisé de ces données.

CSP - Contrat de Sécurisation Professionnelle

INFORMATION POUR LE SALARIÉ
ANNEXE

➜ FICHE 1

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

- Vous devez remettre le récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle (volet 2) dûment rempli à votre employeur dès réception des documents d'information.
- Que vous acceptiez ou que vous refusiez la proposition de contrat de sécurisation professionnelle, remettez à votre employeur le bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle dûment signé (volet 1) avant l'expiration du délai de réflexion.
- En cas d'acceptation du CSP, vous devez en outre remplir le volet 3 du présent document.
- En cas d'acceptation du CSP, fournir la copie de votre pièce d'identité ou du titre en tenant lieu (titre de séjour …).

VOLET 1

À remplir par le salarié et à compléter par l'employeur qui le transmettra au Pôle emploi

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e), Nom du salarié _____ Prénom(s) du salarié _____

NIR |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| (clé)

déclare, après avoir pris connaissance des informations contenues dans le document qui m'a été remis, accepter le contrat de sécurisation professionnelle et souhaite recevoir une demande d'allocation de sécurisation professionnelle.

Date de remise au salarié du document "information pour le salarié", accompagné de cette fiche . . . . . |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Date de fin du délai de réflexion, **21 jours*** après la remise des documents ** . . . . . |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

(ex : remise du document le 1er septembre - Fin du délai de réflexion : le 22 septembre)

Signature du salarié

☐ Je refuse le contrat de sécurisation professionnelle***.

Date et signature du salarié :

À _____ le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

* Le délai de 21 jours court à compter du lendemain de la remise des documents. Pour les salariés dont le licenciement est soumis à autorisation, ce délai est prolongé jusqu'au lendemain de la date de notification à l'employeur de la décision de l'autorité administrative.

** Pour les salarié(e)s en congé de maternité, ce document peut être remis au plus tard au lendemain de la fin de la période de protection attachée au congé de maternité légal.

*** En cas de refus, l'employeur adresse le présent bulletin à Pôle emploi.

À remplir par l'employeur

Cachet de l'entreprise

N° SIRET de l'entreprise : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

VOLET 2

À remplir par le salarié

Récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),
Nom du salarié _____ Prénom(s) du salarié _____

N° de Sécurité sociale (NIR) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| (clé)

reconnais avoir reçu un document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle m'indiquant que je dispose d'un délai de réflexion de 21 jours* après la remise des documents** pour faire connaître ma réponse et qu'en cas d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle, mon contrat de travail sera rompu au terme de ce délai de réflexion de 21 jours*.

À _____ le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature du salarié

* Le délai de 21 jours court à compter du lendemain de la remise des documents. Pour les salariés dont le licenciement est soumis à autorisation, ce délai est prolongé jusqu'au lendemain de la date de notification à l'employeur de la décision de l'autorité administrative.

** Pour les salariés en congé de maternité, ce document peut être remis au plus tard au lendemain de la fin de la période de protection attachée au congé de maternité légal.

À remettre à votre employeur.

RECTO

Unédic - DAJ 542 CSP 2023 - Septembre - agencemcrea.fr - Tous droits réservés

CSP Contrat de Sécurisation Professionnelle

INFORMATION POUR LE SALARIÉ
ANNEXE
➜ FICHE 1

Bulletin d'acceptation et récépissé du document de présentation du contrat de sécurisation professionnelle

À compléter en cas d'acceptation du CSP.
Ces éléments sont retournés avec une copie de la pièce d'identité ou du titre de séjour à l'employeur qui les transmettra au Pôle emploi.

VOLET 3

Bulletin d'acceptation du contrat de sécurisation professionnelle

Je soussigné(e),
Nom de naissance : _____ Prénom : _____
Nom d'usage : _____ N° de Sécurité sociale (NIR) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__| clé
Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

☐ Marié(e) ☐ Partenaire PACS ☐ Concubin(e) ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e)/Divorcé(e)

Enfants à charge : |__|__| Téléphone fixe : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Adresse mail : _____ Téléphone mobile : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Demeurant : _____

_____

|__|__|__|__|__| _____

Déclare

- Être licencié pour motif économique ou suite à une liquidation ou un redressement judiciaire	☐ OUI	☐ NON
- Être bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée	☐ OUI	☐ NON
- Avoir exercé une activité salariée d'au moins 4 mois dans les 24 ou 36 mois précédents*	☐ OUI	☐ NON
- Être physiquement apte à l'exercice d'un emploi	☐ OUI	☐ NON
- Ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite (âge et nombre de trimestres du taux plein)	☐ OUI	☐ NON
- Ne pas être bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue, pour travailleur handicapé ou pour incapacité permanente	☐ OUI	☐ NON
- Être un salarié protégé	☐ OUI	☐ NON
- Être en congé maternité	☐ OUI	☐ NON

À _____

Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature du salarié

* Correspondant à 88 jours travaillés ou 610 heures travaillées au cours des 24 derniers mois ou, pour les salariés âgés d'au moins 53 ans, au cours des 36 derniers mois précédant la fin de contrat de travail.

VERSO