CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE
01 BOITE POSTALE 374 - COTONOU
TELEPHONES : 21 30 27 21 - 21 30 27 27
21 30 27 30 - 21 30 27 65 - 21 30 27 67
FAX DIRECTION GENERALE : 21 30 26 36

AVIS D'EMBAUCHAGE

M.M les employeurs sont invités à remplir cet imprimé qui doit obligatoirement être adressé à la Caisse dans les 48 heures suivant l'embauchage.

(Décret N° 69 - 266 - PR - MFPRAT du 17 Octobre 1969)

EMPLOYEUR

NOM OU RAISON SOCIALE ET ADRESSE .....

.....

Numéro D'immatriculation | | | | | | | | |

SALARIE

NOM .....

NOM de jeune fille (s'il y a alieu).....

PRENOMS .....

N° d'immatriculation | | | | | | | | | | | | | | |

Numéro à six ou 14 chiffres figurant sur le livret ou la carte d'assurance

Date de l'embauchage. | | | | | | |

JOUR **MOIS** **ANNEE**

IMMATRICULATION DU TRAVAILLEUR

A REMPLIR SEULEMENT DANS LE CAS OU LE TRAVAILLEUR NE REPRESENTE PAS LE LIVRET D'ASSURANCE ET DECLARE N' AVOIR JAMAIS ETE IMMATRICULE

Nationalité du travailleur .....

Date de naissance .....

Ville ou village .....

Sous-préfecture ou pays d'origine.....

Sexe .....

Profession.....

Nom du Père.....

Nom de la Mère.....

Adresse actuelle.....

Réservé à la codification Informatique

Numéro - AN - JS

N° .....

Délivré le .....à .....

Pièces à joindre
- 1 Photo d'identité
- Photocopie légalisée CI ou PP
- Copie conforme ou Photocopie légalisée AN - JS
- Pièces justificatives du paiement des cotisations sociales.

A .....le.....

(Signature et Cachet de l'employeur
avec précision: NOM - Prénoms et qualité du Signataire)