

<b>1/ ATTESTATION (AEM)</b>		MOIS 0 3 20 2 3 en chiffre	ATTESTATION N° YEAF009194	40
AEM INITIALE	COMPLÉMENTAIRE <input checked="" type="checkbox"/>	RECTIFICATIVE POSITIVE	OU NÉGATIVE	Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le N° DE L'ATTESTATION INITIALE YEAF009112

**2/ EMPLOYEUR**

N° SIRET 48366248200023	Code APE/NAF 5911A	N° d'affiliation 80002865785 au centre de recouvrement
N° IDCC 2412	Si différent, N°IDCC de la prestation de travail	
Raison Sociale ou nom CYBER GROUP STUDIOS		Téléphone 0155563232
Code postal 75019	Commune PARIS	Courriel compta@cybergroupstudios.com
Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :		Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) <b>OUI</b> <b>NON</b> X
Licence du spectacle N°	N° d'affiliation à la caisse de congés spectacles <b>OUI</b> <input checked="" type="checkbox"/> 87808001E	<b>NON</b>
Label N°		
Certification Sociale N° CS		

**3/ SALARIÉ**

Nom de famille (Nom de naissance) ROBERT	Prénom DOROTHEE
Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.) ROBERT	
NIR 270071300103249	Date de naissance 05 07 1970
	Ressortissant français <input checked="" type="checkbox"/> Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
Adresse 481 AVENUE LUCIEN BARRAULT	
Code postal 94500	Commune CHAMPIGNY SUR MARNE

**4/ PRESTATION DE TRAVAIL**

Emploi occupé STORYBOARDUSE	Numéro d'objet 209Z26580418		
Régime de retraite complémentaire AUDIENS	Cadre <input checked="" type="checkbox"/> Non cadre <input type="checkbox"/> Réalisateur <input type="checkbox"/> Artiste <input type="checkbox"/> Technicien <input checked="" type="checkbox"/> Ouvrier		
Date d'embauche 17 02 2023 (Date de début du contrat)	Contrat en cours <input checked="" type="checkbox"/> Sinon <input type="checkbox"/>		
Nombre d' <b>HEURES</b> effectuées ET/OU 119	Date de fin du contrat de travail 23 03 2023 Motif de cessation du contrat de travail: Fin de contrat de travail à durée déterminée <input checked="" type="checkbox"/> Rupture anticipée à l'initiative: du salarié d'un commun accord de l'employeur En ce cas, terme initialement prévu		
Nombre de <b>CACHETS</b> * isolés groupés	Nombre de <b>JOURS</b> travaillés 17		
*uniquement pour les artistes (voir notice)			
<b>Rémunérations versées au cours du mois</b>			
SALAIRS BRUTS 3 570,00	SALAIRS BRUTS soumis à contributions d'assurance chômage * 3 570,00	TAUX X 12,10 % Inscrire le taux en vigueur	CONTRIBUTIONS DUES 432,00
AUTRES RÉMUNÉRATIONS +		X %	=
*Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale			
		TOTAL	= 432,00

**5/ AUTHENTICATION PAR L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e), Nom COHEN	Prénom ALAIN
agissant en qualité de DAF	
certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et notamment en cas de cessation du contrat, que le motif de la rupture est le suivant <b>fin de contrat à durée déterminée</b>	
Fait à PARIS	le 31 03 2023
Personne à joindre concernant cette attestation COHEN ALAIN	Signature de l'employeur ou de son représentant légal
Téléphone 0155563232	

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 30 000 euros (Art. L. 5429-1 du code du travail)

Vous devez conserver cette attestation mensuelle