



Adhésion n°

**FORMULAIRE D'ADHESION D'UNE ENTREPRISE
A LA CONVENTION CADRE DE CHOMAGE PARTIEL
n°083-010-002-0
Intempéries exceptionnelles de l'Est Varois du 15 juin 2010**

VU l'avis émis par le(s) comité(s) d'entreprise (ou à défaut les délégués du personnel),

Informations concernant l'entreprise

Nom et dénomination sociale :

Adresse :
.....
.....

Activité :

Code APE en NAF : □□□ □

Numéro SIRET : □□□ □□□ □□□ □□□□□

Effectif total en E.T.P. : □□□ □□

Effectif concerné par le chômage partiel en E.T.P. : □□□,□□

Horaire hebdomadaire normal :

Si une modalité particulière d'aménagement du temps de travail est en vigueur, préciser le mode appliqué

Modalités des réductions d'horaire :

Mesures prises afin d'éviter le recours au chômage partiel :

Appartenance à un groupe ?

Si oui, lequel ?

Informations concernant l'établissement : (*si différent de l'établissement du siège susvisé*)

Nom et dénomination sociale :

Adresse :
.....
.....

Activité :

Code APE en NAF : □□□ □

Numéro SIRET : □□□ □□□ □□□ □□□□□

Effectif total en E.T.P. : □□□ □□

Effectif concerné par le chômage partiel en E.T.P. : □□□,□□

Horaire hebdomadaire normal :

Aménagement du temps de travail : (préciser RTT avec JRTT – forfait en heures sur le mois...)

Modalités des réductions d'horaire :

Mesures prises afin d'éviter le recours au chômage partiel :

Partie réservée à l'Administration

Autorisation initiale de chômage partiel : Décision du

Période du au pour □□□ salariés soit □□□ E.T.P.

Renouvellement de l'autorisation de chômage partiel : Décision du

Période du au pour □□□ salariés soit □□□ E.T.P.

Entreprise appliquant un accord de modulation du temps de travail, le remboursement se fera :

- au vu du bilan de la modulation
- à titre exceptionnel, au vu des états nominatifs adressés mensuellement

Avis émis par le(s) comité(s) d'entreprise (ou à défaut les délégués du personnel) :
(fournir en annexe l'avis intégral du CE ou DP – faire ici une synthèse de l'avis)

Je soussigné,.....(Nom et qualité), déclare adhérer à la présente convention cadre de chômage partiel n°083-010-002-0 et remplir les conditions permettant de bénéficier des mesures exceptionnelles de prise en charge par l'Etat de l'allocation complémentaire en application des articles D.5122-30 à D.5122 – 42 du Code du Travail.

Je m'engage à ce que l'entreprise ou l'établissement que je représente ne soit pas couvert par une assurance de perte d'exploitation garantissant le versement des salaires. Si tel était le cas, la présente adhésion serait caduque et je rembourserais à l'État, les sommes perçues indument en application de la présente convention.

En contrepartie, je m'engage à maintenir dans l'emploi, les salariés placés en position de chômage partiel, ce qui correspond àE.T.P, durant la période du au¹.

Je m'engage à faciliter les contrôles jugés nécessaires par les services de l'Unité territoriale du Var de la Direccte PACA ou tout autre service de l'Etat compétent sur les conditions d'exécution de la convention cadre chômage partiel n°083-010-002-0.

Pour permettre ces contrôles, les services habilités effectuent des vérifications, sur pièce et/ou sur place (au sein des entreprises). A cet effet, les bénéficiaires sont tenus de présenter aux agents du contrôle tous documents et pièces établissant la réalité, la régularité et l'éligibilité des déclarations justifiant la demande d'indemnisation prévue par la convention cadre de chômage partiel n°083-010-002-0.

La récupération des trop perçus s'effectuera selon la procédure des rétablissements de crédits sur le budget du Ministère de l'Economie, de l'industrie et de l'Emploi.

Les titres de perception correspondants, seront émis par l'ordonnateur sur le comptable du trésor assignataire.

Fait à, le

Le représentant légal,

L'État,

¹ Cette période correspond a minima à la période couverte par la demande d'autorisation de chômage partiel au titre du présent formulaire d'adhésion.