

**FICHE D'ANNONCE**

Entreprises de nettoyage

Nom :	_____	No entreprise :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom :	_____	Nom entreprise :	_____
Adresse :	_____	Profession du travailleur :	_____
NPA / Localité :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____	Date d'entrée dans l'entreprise :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
No de tél. :	_____	Taux d'activité dans l'entreprise :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
Nationalité :	_____	Durée du contrat :	<input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée jusqu'au : _____
Etat civil :	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé	Salaires de base :	horaire : Fr. _____ constant : Fr. _____ mensuel : Fr. _____
Date de naissance :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Codes professionnels	
No AVS :	<input type="text"/> 7 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PT Patron / Chef d'entreprise / Associé	
Permis de séjour :	_____ L/B/C/G/N/F	<input type="checkbox"/> PT Personnel technique (cadres techniques, maîtrisés, dessinateurs)	
Nombre d'enfants jusqu'à 25 ans révolus (en formation) le cas échéant, remplir une demande d'allocations familiales :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PA Personnel administratif	
Compte bancaire ou postal		<input type="checkbox"/> CE Chef d'équipe	
Nom et Localité :	_____	<input type="checkbox"/> TQ Travailleur qualifié	
N° IBAN :	_____	<input type="checkbox"/> T4 Sans qualification, avec 4 ans d'activité dans la profession	
		<input type="checkbox"/> TD Travailleur débutant, sans qualification	
		<input type="checkbox"/> T22 Travailleur avec <22 heures hebdomadaires	
		<input type="checkbox"/> TR Travailleur remplaçant	
		<input type="checkbox"/> AP Apprenti	
		<input type="checkbox"/> ET Etudiant (moins de 2 mois) / Stagiaire	

**Contrat collectif assurance-maladie perte de gain AMCAB**

A remplir uniquement pour les entreprises affiliées au Bureau des Métiers pour la perte de gain maladie

Le collaborateur est affilié pour la perte de gain en cas de maladie, selon le bulletin d'adhésion signé par l'entreprise.

Pour le personnel non soumis à la CCT, la couverture assurance-maladie perte de gain est facultative.

Si vous ne souhaitez pas assurer votre collaborateur pour la perte de gain maladie, veuillez cocher la case ci-dessous :

Ne doit pas être assuré

Date :

Timbre et signature de l'employeur :