

NOM de naissance :	NOM marital :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :	N° de sécurité sociale :
Adresse personnelle :		
Code postal :	Commune :	Email :
Tél. portable :	Tél. bureau :	Tél. domicile :

Profession ou Compétences (au sens où vous l'entendez le plus communément) :

Êtes-vous inscrit comme demandeur d'emploi: Oui Non

Depuis quelle date ?

Nombre de jours d'indemnisation restants ?

Votre situation de cumul activité ITG-Pôle Emploi nécessite-t-elle une vigilance particulière ? (CSP, limites d'heures, minimum de salaires, etc.) Si oui, précisez :

Avez-vous actuellement un ou plusieurs autres employeurs qu'ITG ? Oui Non

Si oui :

Nombre d'heures hebdo. travaillées ? Êtes-vous lié(e) par une clause de non-concurrence ? Oui Non

Percevez-vous une pension de retraite ? Oui* Non Depuis quelle date ?

 À taux plein? Oui À taux partiel? Oui

Invalidité : Oui* Non

* Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre une copie de votre justificatif

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Veuv(e) Vivant maritalement

Nombre d'enfants à charge NOM et Prénom et coordonnées de la personne à prévenir en cas de besoin :

Infos complémentaires que vous souhaiteriez porter à notre connaissance :

Les renseignements recueillis sur ce document sont à l'usage exclusif d'ITG. Conformément à la loi « Informatique et liberté » vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de la société ITG pour toute information vous concernant.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus

Date

Signature