



**DEMANDE INDIVIDUELLE D'AIDE AUX TRAVAILLEURS PARTIELLEMENT PRIVÉS DE TRAVAIL
PENDANT LA FERMETURE DE L'ENTREPRISE POUR CONGÉS PAYÉS**

(art. R. 351-52 du Code du travail)

formulaire à remplir par le salarié et à remettre à l'employeur qui l'adressera à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

nom du salarié _____ prénom _____

adresse _____
numéro _____ nom de la voie (rue, lieudit...)

_____ commune

_____ code postal _____ bureau distributeur

identité de l'entreprise _____
ou de l'établissement employeur

adresse _____
numéro _____ nom de la voie (rue, lieudit...)

_____ commune

_____ code postal _____ bureau distributeur

n° SIRET _____ date d'entrée chez l'employeur actuel _____

QUELLES ONT ÉTÉ VOS ACTIVITÉS AU COURS DE LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ALLANT :

DU 1^{er} JUIN de l'année précédente (ou du 1^{er} avril pour le bâtiment)

À LA DATE D'ENTRÉE chez votre employeur actuel (cochez ci-dessous les cases correspondantes)

autre(s) emploi(s)

DU	AU	noms et adresses de vos employeurs précédents durant cette période de référence (utilisez une ligne blanche et une ligne tramée pour chaque employeur)	nombre de jours de congés payés obtenus chez chaque employeur
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

nombre **total** de jours de congés payés attribués
au titre du travail effectué pendant cette période

chômage (joindre avis de prise en charge) du _____ au _____

service national du _____ au _____

maladie du _____ au _____

maternité/accident de travail du _____ au _____

études – formation professionnelle du _____ au _____

autres cas (préciser) : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par l'article L. 365-1 du Code du travail.

Fait le _____ à _____ signature du demandeur :



**DEMANDE INDIVIDUELLE D'AIDE AUX TRAVAILLEURS PARTIELLEMENT PRIVÉS DE TRAVAIL
PENDANT LA FERMETURE DE L'ENTREPRISE POUR CONGÉS PAYÉS**

(art. R. 351-52 du Code du travail)

formulaire à remplir par le salarié et à remettre à l'employeur qui l'adressera à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

nom du salarié _____ prénom _____

adresse _____
numéro nom de la voie (rue, lieudit...)

_____ commune

_____ code postal bureau distributeur

identité de l'entreprise ou de l'établissement employeur _____

adresse _____
numéro nom de la voie (rue, lieudit...)

_____ commune

_____ code postal bureau distributeur

n° SIRET _____ date d'entrée chez l'employeur actuel _____

QUELLES ONT ÉTÉ VOS ACTIVITÉS AU COURS DE LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE ALLANT :

DU 1^{er} JUIN de l'année précédente (ou du 1^{er} avril pour le bâtiment)

À LA DATE D'ENTRÉE chez votre employeur actuel (cochez ci-dessous les cases correspondantes)

autre(s) emploi(s)

DU	AU	noms et adresses de vos employeurs précédents durant cette période de référence (utilisez une ligne blanche et une ligne tramée pour chaque employeur)	nombre de jours de congés payés obtenus chez chaque employeur
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

nombre **total** de jours de congés payés attribués
au titre du travail effectué pendant cette période

- chômage (joindre avis de prise en charge) du _____ au _____
- service national du _____ au _____
- maladie du _____ au _____
- maternité/accident de travail du _____ au _____
- études – formation professionnelle du _____ au _____
- autres cas (préciser) : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus sous peine des sanctions prévues par l'article L. 365-1 du Code du travail.

Fait le _____ à _____ signature du demandeur :