

Informations indispensables à l'embauche	Nom :			Prénoms :			
	Nom de jeune fille :						
	Adresse :						
		Code postal :			Commune :		
	Coordonnées téléphones, fax et e-mails :	Tel domicile :			Tel. Professionnel :		
		Fax domicile :			Tel. GSM :		
		E-mail perso :			E-mail professionnel :		
	Naissance :	Date :			Lieu :		
	N° de Sécu :				Nationalité :		
	Pièce d'identité :				Validité :		
Première mission avec Delta S.I Plus :	Date de début :			Honoraires prévus HT € :			
	Date de fin :			Nom du client :			
Profil	Domaines d'expertise :						
	Compétences :						
	Formation initiale :						
	Langues :						
Situation antérieure	ANPE - ASSEDIC :	Etes-vous inscrit(e) comme demandeur d'emploi Indiquer		Oui ou Non		Depuis quelle date ?	
	Employeurs :	Etes-vous actuellement employé par d'autre société que Delta S.I Plus ? Indiquer Oui ou Non					
		Etes-vous actuellement lié(e) par une clause de non-concurrence ? Indiquer Oui ou Non					
		Nom de votre dernier employeur :			Heures par mois :		
		Nature du contrat de travail avec cet employeur (CDI, CDD) :			Statut Cadre : Oui / Non		
Autres informations nécessaires à la gestion du dossier	Important : pour reconstitution de carrière auprès des caisses de retraite : complétez les informations ci-dessous						
	Retraite :	Caisse :			N° dossier :		
		Percevez-vous une pension de retraite Indiquer Oui ou Non				Depuis quand ?	
	Assurance responsabilité :	Votre activité nécessite-t-elle une extension de notre assurance responsabilité civile et / ou professionnelle ? Indiquer Oui ou Non Pour se faire, voir et compléter le formulaire joint					
	Visite médicale Médecine du travail :	Votre dernière visite médicale à la médecine du travail date t-elle de moins de 6 mois ? Indiquer Oui ou Non					
		Si Oui veuillez nous faire parvenir le certificat d'aptitude sous quinzaine / Si Non vous serez convoqué(e) par un organisme agréé					
	Invalidité rentes et pensions :	Percevez-vous une rente ou pension ? Indiquer Oui ou Non				Si oui, quel est votre % d'invalidité	
		Si vous percevez une rente ou pension, êtes-vous reconnu(e) handicapé(e) COTOREP ? Indiqué Oui ou Non					
	Véhicule :	Type de Véhicule :			Marque :		
		Nbre de CV : <input type="text"/>					
	Joindre copie de la carte grise, copie de votre permis de conduire et copie du contrat d'assurance mentionnant que le titulaire est assuré pour tous déplacements ou affaires						
	Mutuelle :	Souhaitez-vous bénéficier de notre mutuelle complémentaire santé ? Indiquer Oui ou Non					
	Situation de famille :	Célibataire - Marié(e) - Veuf (ve) - Divorcé(e) - Vivant maritalement - PACSé(e)			Nombre d'enfants à charge		
Personne à prévenir :							
Comment avez-vous connu Delta S.I Plus ?	ANPE APEC ASSEDIC <input type="checkbox"/>	Outplacement <input type="checkbox"/>	Consultant <input type="checkbox"/>	Article de presse <input type="checkbox"/>	SNEPS <input type="checkbox"/>		
	Internet <input type="checkbox"/>	Courrier cadres <input type="checkbox"/>	Un client <input type="checkbox"/>	Salon <input type="checkbox"/>	Conférence <input type="checkbox"/>		
	Autre <input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>					
Observations :							
Confirmation	Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus					Le :	
	Note importante					A :	
	Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif de Delta S.I Plus.					Signature	
	Conformément à la loi "Informatique et liberté" vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de Delta S.I Plus pour toute information vous concernant.						