



Document à adresser par courriel à : [contact.go@cibtp-grandouest.fr](mailto:contact.go@cibtp-grandouest.fr)

## EMPLOYEUR

Raison sociale  
de l'entreprise

Numéro  
Adhérent

## RENSEIGNEMENTS SALARIÉ EN FIN DE DÉTACHEMENT

Nom (nom marital)

Nom de jeune fille

Prénom(s)

Date de naissance

Pays ou département de naissance

Nationalité

Adresse du salarié

Code postal

Ville

CODE MÉTIER

CODE QUALIFICATION

PÉRIODE DE TRAVAIL EN FRANCE DU

AU

TEMPS RÉALISÉS SUR LA PÉRIODE

*Si OUVRIER : nombre entier d'heures.  
Si IAC, ETAM : nombre entier de mois et de jours.*

OUVRIER  OU  IAC, ETAM

Travail payé

heures

mois

jours

Accident de travail

heures

mois

jours

Accident de trajet

heures

mois

jours

Maladie professionnelle

heures

mois

jours

Maternité / Adoption

heures

mois

jours

Intempéries indemnisées

heures

mois

jours

Maladie non professionnelle

heures

mois

jours

Chômage partiel

heures

mois

jours

Autres absences

heures

mois

jours

HORAIRE  
DU SALARIÉ

heures

Mensuel  
 Hebdomadaire

RÉMUNÉRATION DE BASE DU SALARIÉ

*Si OUVRIER : taux horaire moyen  
Si IAC, ETAM : salaire mensuel*

SALAIRE TOTAL BRUT ACQUIS  
AU COURS DE LA PÉRIODE

*Non compris : indemnités de sécurité sociale, maladie professionnelle ou non, accident du travail, de trajet, intempéries).*

MONTANT  
DES INDEMNITÉS  
INTEMPÉRIES

DATE DE FIN DE DÉTACHEMENT

Fait à

le



**ATTENTION : toutes les informations demandées sont indispensables à la création du certificat et sont de la responsabilité de l'entreprise ; elles ne pourront pas faire l'objet de corrections sur la DSNA.**

Cachet et signature