Caisse de Prestations Sociales
des iles Wallis et Futuna
(C.P.S.W.F)

DECLARATION D'EMBAUCHE

*A remplir obligatoirement **AVANT** toute embauche d'un salarié*

EMPLOYEUR

NOM et PRENOM : ……

Ou RAISON SOCIALE : ……

N° de compte cotisant : ……

N° Registre du commerce : ……

N° immatriculation à la Patente : ……

ADRESSE : ……

B.P : …… CODE POSTAL : ……

VILLE : …… TELEPHONE : …… / …… / ……

FAX : …… / …… / ……

E-mail : ……

FUTURE SALARIE

N° ASSURE : …… DATE D'EMBAUCHE: …….. / …….. / ……..

NOM de famille: ……

Prénom (s) : …… NOM marital : ……..
(Ordre de l'état civil)

Né(e) le : …….. / …….. / …….. A : ……

Département ou pays : ……

Sexe *(1)* : ☐ Masculin ☐ Féminin

Situation de famille *(1)* : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Séparé(e)
☐ Veuf(ve) ☐ En ménage ☐ Divorcé(e)

Nationalité*(1)* : ☐ Française ☐ Autre (préciser) ……

L'intéressé(e) perçoit ou doit percevoir les allocations familiales : ☐ oui ☐ non
L'intéressé(e) perçoit l'Aide sociale : ☐ oui ☐ non

Intitulé de l'emploi occupé : ……
(joindre une pièce d'Etat Civil récente ou à défaut une photocopie de pièce d'identité en cours de validité)

(1) Cocher la rubrique correspondante.

Fait à ……, le …….. / ……. / ……

Le déclarant,

En cas de cessation de contrat de travail : établir une déclaration ne déclaration réservée à cet effet.

Service recouvrement – Tél :00(681)72.01.23 standard : 00(681)72.01.20 B.P 125 Havelu Mata'Utu
E-mail : chefrecouvrement.clr.ccpf@mail.wf ; recouvrement.cps@mail.wf ou recouvrement2.cps@mail.wf