

## Inscription à l'ORP en vue du placement

<b>Date d'inscription</b>		<b>Sans emploi depuis le</b>	
<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>	
<b>Numéro d'assurance sociale</b> 756.		<b>Nationalité</b> <b>Titre de séjour</b> <b>valable jusqu'au</b>	
<b>Date de naissance</b>	<b>Sexe</b> féminin      masculin		<b>Etat civil</b>
<b>Rue, n°</b>		<b>NPA / Lieu</b>	
<b>Téléphone</b>		<b>Courriel</b>	
Souhaitez-vous recevoir la convocation au premier entretien de conseil      par courrier postal ou      par courriel ?			

### Formation / titre de fin d'études

#### Titre le plus élevé obtenu

- Ecole obligatoire       Ecole professionnelle       Maturité       Ecole de culture générale  
 Examen professionnel supérieur       HES       Université/EPF  
 Pour les titres étrangers :       Reconnu en Suisse       Non reconnu en Suisse       A déterminer

### Dernière profession exercée

Avec formation      Avec apprentissage      Sans formation

#### Fonction exercée

- Indépendant/e     Cadre     Collaborateur/trice     Auxiliaire     Apprenti/e     Elève     Etudiant/e     Stagiaire

#### Durée du dernier engagement

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### Quelles étaient les conditions de votre dernier engagement ?

- A plein temps     Durée indéterminée     Emploi saisonnier       Poste d'auxiliaire     A domicile  
 A temps partiel     Durée déterminée     Contrat de travail temporaire     Travail sur appel     Apprentissage

Taux d'occupation durant votre dernier engagement \_\_\_\_\_ %

#### Nom et adresse du dernier employeur

#### Pourquoi le contrat a-t-il été résilié ?

Contrat à durée déterminée

Quelle était la date de la fin du contrat ? \_\_\_\_\_

L'employeur a résilié le contrat.

Quand le contrat a-t-il été résilié ? \_\_\_\_\_

J'ai résilié le contrat.

Quand avez-vous résilié le contrat ? \_\_\_\_\_

Faillite de l'employeur

Licenciement collectif

Quelle est la durée du délai de résiliation (jours/mois) ? \_\_\_\_\_

Motif de la résiliation ? \_\_\_\_\_



**Professions recherchées**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**Taux d'occupation souhaité** \_\_\_\_\_ %

Toute la journée    Matin    Après-midi    A l'heure    Certains jours    Le soir

**Formes de travail particulières possibles**

Dimanche et jours fériés    Travail par équipes    Travail de nuit    A domicile    Apprentissage

**Une activité vous est-elle garantie ?**      Oui      Non

Si oui, à partir de quand et à quel pourcentage ? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %      durée déterminée      durée indéterminée

**Suivez-vous actuellement un perfectionnement / des études ou prévoyez-vous d'entamer un perfectionnement / des études ?**

Oui      Non      Si oui, à partir de quand et à quel pourcentage ? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %

Type de perfectionnement :





**Etes-vous partiellement indépendant/e ou prévoyez-vous d'entamer une activité en tant qu'indépendant/e ?**

Oui      Non      Si oui, à partir de quand et à quel pourcentage ? \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %

Type d'activité :

**Mobilité**    Aucune    Pendulaire    Dans certaines parties de la Suisse    Toute la Suisse    Etranger

**Permis de conduire**

<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>								

Aucun

**Véhicule à disposition**

Oui      Non

<b>Connaissances linguistiques</b> (1 = très bonnes / 2 = bonnes / 3 = de base)	<b>Oral</b>	<b>Ecrit</b>	<b>Langue maternelle</b>	<b>Séjour linguistique</b>
Suisse allemand		-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allemand			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Absences prévues**

Vacances du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Service militaire/civil du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Incapacité de travail du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Maternité – date prévue de la naissance \_\_\_\_\_

Autres motifs – lesquels ? \_\_\_\_\_

**Inscription auprès d'un service social**

Etes-vous inscrit-e auprès d'un service social ?

Oui      Non      Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Lieu/nom et n° de téléphone du/de la conseiller/ère : \_\_\_\_\_

Avez-vous sollicité ou recevez-vous des prestations d'une autre assurance sociale / institution suisse ou étrangère ?

Oui      Non

Si oui, de laquelle ?

Assurance invalidité (AI)       Assurance-accidents/SUVA

AVS (rente anticipée)       Prévoyance professionnelle

Assurance indemnités journalières en cas de maladie

**Je confirme que les données saisies sont exactes et complètes.**

L'office compétent m'a informé/e du libre choix de la caisse et m'a remis à cet effet une liste complète des caisses présentes dans le canton.

Lieu, date :

**Signature, cachet de l'ORP**

Signature :