



Contrôlé GERES <input type="checkbox"/> , visa :	Caisse de chômage (prière de compléter lors de l'inscription) : Caisse de chômage du canton de Berne UNIA Syna Syndicom
--	--

Inscription à l'ORP en vue du placement

Date d'inscription		Sans emploi depuis le	
Nom		Prénom	
Numéro d'assurance sociale 756.		Nationalité Titre de séjour valable jusqu'au	
Date de naissance	Sexe Féminin masculin		Etat civil
Rue, n°		NPA / localité	
Téléphone		Courriel	
<p>Souhaitez-vous recevoir la convocation au premier entretien de conseil par courrier postal ou par courriel ?</p> <p>Appartenez-vous au groupe de personnes vulnérables selon le règlement Covid-19 et cas échéant souhaitez-vous le premier entretien par téléphone ? Oui Non</p> <p>Les personnes qui font partie du groupe à risque doivent faire parvenir à l'ORP un certificat médical jusqu'au 1^{er} entretien de conseil.</p>			



















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										Véhicule à disposition
Aucun										

Connaissances linguistiques (1 = très bonnes / 2 = bonnes / 3 = de base)	Oral	Ecrit	Langue maternelle	Séjour linguistique
Français		-		

Absences prévues		Inscription auprès d'un service social	
Vacances	du/au	Etes-vous inscrit-e auprès d'un service social ?	
Service militaire/civil	du/au	Oui Non Si oui, lequel ?	
Incapacité de travail	du/au	Lieu/nom et n° de téléphone du/de la conseiller/ère :	
Maternité – date prévue de la naissance			
Autres motifs – lesquels ?			
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	Assurance indemnités AVS (rente anticipée)
journalières en cas de maladie		Prévoyance professionnelle	

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 :