

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 <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Etat civil	
Rue, n°		NPA / localité	
Téléphone		Courriel	
Souhaitez-vous recevoir la convocation au premier entretien de conseil <input type="checkbox"/> par courrier postal ou <input type="checkbox"/> par courriel ?			

Formation / titre de fin d'études
Titre le plus élevé obtenu <input type="checkbox"/> Ecole obligatoire <input type="checkbox"/> Ecole professionnelle <input type="checkbox"/> Maturité <input type="checkbox"/> Ecole de culture générale <input type="checkbox"/> Examen professionnel supérieur <input type="checkbox"/> HES <input type="checkbox"/> Université/EPF Pour les titres étrangers : <input type="checkbox"/> Reconnu en Suisse <input type="checkbox"/> Non reconnu en Suisse <input type="checkbox"/> A déterminer



Dernière profession exercée <input type="checkbox"/> Avec formation <input type="checkbox"/> Avec apprentissage <input type="checkbox"/> Sans formation
Fonction exercée <input type="checkbox"/> Indépendant/e <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Collaborateur/trice <input type="checkbox"/> Auxiliaire <input type="checkbox"/> Apprenti/e <input type="checkbox"/> Elève <input type="checkbox"/> Etudiant/e <input type="checkbox"/> Stagiaire
Durée du dernier engagement du _____ au _____
Quelles étaient les conditions de votre dernier engagement ? <input type="checkbox"/> A plein temps <input type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Emploi saisonnier <input type="checkbox"/> Poste d'auxiliaire <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> A temps partiel <input type="checkbox"/> Durée déterminée <input type="checkbox"/> Contrat de travail temporaire <input type="checkbox"/> Travail sur appel <input type="checkbox"/> Apprentissage Taux d'occupation durant votre dernier engagement _____ %
Nom et adresse du dernier employeur
Pourquoi le contrat a-t-il été résilié ? <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée Quelle était la date de la fin du contrat ? _____ <input type="checkbox"/> L'employeur a résilié le contrat. Quand le contrat a-t-il été résilié ? _____ <input type="checkbox"/> J'ai résilié le contrat. Quand avez-vous résilié le contrat? _____ <input type="checkbox"/> Faillite de l'employeur <input type="checkbox"/> Licenciement collectif Quelle est la durée du délai de résiliation (jours/mois) ? _____ Motif de la résiliation ? _____



YxV

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"/> Aucun								

Véhicule à disposition

Oui Non

Connaissances linguistiques (1 = très bonnes / 2 = bonnes / 3 = de base)	Oral	Ecrit	Langue maternelle	Séjour linguistique
Français		-	<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"/>
			<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 Assurance indemnités journalières en cas de maladie Prévoyance professionnelle AVS (rente anticipée)

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 :