



BULLETIN D'EMBAUCHE

Service Immatriculation des Assurés

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom ou Raison Sociale : _____
 Adresse : Région / District : _____ Commune : _____
 Quartier : _____ Rue : _____ Porte : _____
 Immeuble : _____ B.P. : _____ Tél. : _____ E-mail : _____
 Numéro d'identification Fiscale (NIF) : _____

N° d'affiliation à l'INPS

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

(Joindre une copie de la pièce d'état civil)

NOM : _____
 Prénoms : _____
 Date de naissance : _____ Cercle de naissance : _____
 Pays de naissance : _____ Sexe : _____
 Nationalité : _____ Profession : _____

Filiation { Père : _____
 Mère : _____

Salaire brut : _____
 Autres avantages soumis à cotisation : _____
 Date d'entrée dans l'établissement : _____

A déjà été immatriculé par l'I.N.P.S sous le N° N° Allocataire

PRÉCEDENT EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale : _____
 Adresse : _____
 Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____

Certifié exact à _____ le _____

Signature de l'employeur

CACHET DE L'EMPLOYEUR

Ce bulletin doit être dûment rempli et retourné à la Direction Régionale, au Bureau Correspondant ou au Centre
 Secondaire INPS du ressort de l'employeur.