

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 1 2 20 1 9 en chiffre

ATTESTATION N° YZKY004332

94

AEM INITIALE X

COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 82318004700016

Code APE/NAF 9001Z

N° d'affiliation 80003288064 au centre de recouvrement

N° IDCC 3090 Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale ou nom

LIVETONIGHT

EMPLOYEUR

Téléphone 0632178947

Courriel jb@livetonight.fr

Code postal 75006 Commune PARIS

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

X Licence du spectacle N° 2-1105562

N° d'affiliation à la caisse de congés spectacles

OUI X

350700003D

NON

Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI NON X

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille (Nom de naissance) Ulele

Prénom Luc

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)

NIR 192095935078671

Date de naissance

Ressortissant français X Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 2 allée d'Aquitaine

Code postal 41000 Commune Blois

FONCTION EXERCÉE

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé MUSICIEN

Numéro d'objet 186Z63846243

Régime de retraite complémentaire

ARRCO

Cadre

Non cadre X

Réalisateur

Artiste X

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche (Date de début du contrat) 31 12 2019

Contrat en cours Sinon

Date de fin du contrat de travail 31 12 2019

Motif de cessation du contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée X

> rupture anticipée à l'initiative du salarié d'un commun accord de l'employeur En ce cas, terme initialement prévu

MOTIF DE RUPTURE

Nombre d'HEURES effectuées

Nombre de CACHETS *

Dans tous les cas

ET/OU

isolés

groupés

Nombre de JOURS travaillés

1

1

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

406,39

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage *

406,39

BRUT ABATTU

X

TAUX

11,60 %

Inscrite le taux en vigueur

CONTRIBUTIONS DUES

47,00

TOTAL

=

47,00

*Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom ROCHE-BAYARD

Prénom JEAN-BAPTISTE

agissant en qualité de DIRECTEUR GENERAL

certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et notamment en cas de cessation du contrat, que le motif de la rupture est le suivant FIN DE CDD.

Fait à PARIS

le 31 12 2019

Signature de l'employeur ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation ROCHE-BAYARD

Téléphone 06726252452

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 30 000 euros (Art. L. 5429-1 du code du travail)

Vous devez conserver cette attestation mensuelle