

CONTRAT UNIQUE D'ALTERNANCE

régi par les articles Lp. 522-1 et suivants du code du travail de Nouvelle-Calédonie

version 2020

TYPE DE CONTRAT

ENTRE L'EMPLOYEUR, désigné ci-dessous :

N° RIDET		N° CAFAT	
CODE NAF		STATUT JURIDIQUE	
RAISON SOCIALE			
ENSEIGNE ou SIGLE			
NOM – PRENOM – FONCTION DU REPRESENTANT DE L'EMPLOYEUR			
ADRESSE PHYSIQUE (Lieu d'exécution du contrat)	RUE :		
	CODE POSTAL :	COMMUNE :	
ADRESSE POSTALE	RUE ou BP :		
	CODE POSTAL :	COMMUNE :	
TEL		COURRIEL	
CONVENTION COLLECTIVE APPLICABLE DANS L'ENTREPRISE			

ET LE(LA) SALARIE(E),

NOM		PRENOM(S)	
SEXE		NATIONALITE	
		N° CAFAT	
DATE DE NAISSANCE		AGE	
		LIEU DE NAISSANCE (ville, dépt, pays)	
TEL		COURRIEL	
ADRESSE	RUE :		
	CODE POSTAL :	COMMUNE :	
DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU		NIVEAU	
SITUATION AVANT CONTRAT		DERNIER EMPLOI OCCUPE	
TRAVAILLEUR HANDICAPE	<input type="checkbox"/>		
DEROGATION D'AGE	<input type="checkbox"/>	DATE DE DELIVRANCE DE LA DEROGATION	

ET LE(LA) REPRESENTANT(E) LEGAL(E) DU (DE LA) SALARIE(E),

NOM		PRENOM(S)	
RELATION AVEC LE(LA) SALARIE(E)		Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>
		Tuteur <input type="checkbox"/>	
ADRESSE	RUE :		
	CODE POSTAL :	COMMUNE :	
TEL		COURRIEL	

IL EST CONVENU CE QUI SUIVIT :

L'employeur engage le(la) salarié(e) pour une durée déterminée de mois, à compter du jusqu'au .

La période d'essai a une durée de semaines.

Le(la) salarié(e) occupera l'emploi de :

Durant la période du contrat, le(la) salarié(e) suivra par alternance une formation en vue d'acquérir la certification professionnelle suivante :

INTITULE DE LA CERTIFICATION PROFESSIONNELLE

Code ROME :

Niveau

Autorité certificatrice :

La formation est assurée :

(n° déclaration DFPC : 988/ /)

L'organisation du parcours de formation du (de la) salarié(e) se déroulera conformément aux dispositions de la convention tripartite n° en date du et de ses éventuels avenants ultérieurs.

Il comprend heures en entreprise et heures en centre de formation. Les périodes de formation en centre se dérouleront à **Lieu de formation**.

Durant les périodes en entreprise, le(la) salarié(e) est encadré(e) par un(e) tuteur(tutrice) désigné(e) ci-dessous :

NOM		PRENOM	
EMPLOI OCCUPE			
DIPLOME TECHNIQUE DETENU		NIVEAU	
DUREE DE L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DANS LE METIER			

La durée hebdomadaire de travail est fixée à : heures

Le salaire brut mensuel est fixé à¹ :

Année du contrat	Dates	Pourcentage du SMG ou montant mensuel brut
1ère année	du JJ/MM/AAAA	
	au JJ/MM/AAAA	
2ème année	du JJ/MM/AAAA	
	au JJ/MM/AAAA	
3ème année	du JJ/MM/AAAA	
	au JJ/MM/AAAA	
4ème année	du JJ/MM/AAAA	
	au JJ/MM/AAAA	

Primes ou avantages en nature :

La visite médicale d'aptitude a été réalisée : OUI NON

Le(la) salarié(e) pourra être amené(e) à :

- travailler sur machine(s) dangereuse(s) : OUI NON
 - être exposé à des risques particuliers : OUI NON
- si oui, lesquels :

L'employeur atteste être en capacité de signer un contrat unique d'alternance tel que prévu à l'article Lp. 522-2 du code du travail de Nouvelle-Calédonie.

Fait à , le

Le (la) salarié(e)

L'employeur
Nom et qualité

Le (la) représentant(e) légal(e)

¹ Rappel : conformément aux dispositions de l'article Lp. 522-15 du code du travail de Nouvelle-Calédonie, celui-ci ne peut être inférieur à un pourcentage du SMG fixé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.