



CONFIRMATION DE SORTIE
pour le calcul des allocations familiales

1) Travailleur

Nom : _____ Prénom : _____

Date naissance : _____

2) Forme du contrat de travail

a) Contrat de travail de durée déterminée oui non

- date de fin du contrat : _____

b) Contrat de travail de durée indéterminée oui non

- lettre de résiliation envoyée le : _____ pour le : _____

- dernier jour effectif de travail dans l'entreprise : _____

3) Nouvel employeur, si connu : _____ dès le : _____

Déclaration de consentement :

Par l'envoi de ce document, je confirme consentir aux traitements de mes données (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) ainsi qu'à leur transmission à des tiers dans le cadre du traitement de mon dossier et/ou selon les dispositions légales.

Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site internet : www.afbm.ch

Lieu et date :

Sceau de l'entreprise et signature :

à retourner au Bureau des Métiers, case postale, 1951 Sion
ou par courriel : af@bureaudesmetiers.ch

M E R C I