

| | |
|-------------------------------|--|
| DATE | |
| DOSSIER N° | |
| PROFESSION | |
| Cadre réservé à HELIA Portage | |

ETAT CIVIL

| | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|----------|----------------------|----------------------------|-----------------------|
| INFORMATIONS PERSONNELLES | NOM et Prénom | | | | | |
| | NOM de jeune fille | | | | Enfants à charge | |
| | Adresse | Code Postal | | Commune | | |
| | | Email | | | | |
| | | Tel domicile | | Fax domicile | | |
| | Naissance | Date | | Lieu (ville et pays) | | |
| | Situation familiale | Célibataire | Marié(e) | Veuf (ve) | Divorcé(e) | Vie maritale PACSé(e) |
| | N° SECU (15 chiffres) | / / / / / / / / / / / / / / / / | | | Joindre copie Carte Vitale | Nationalité |
| Pièce d'identité (1) | | | | Validité | | |

| | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------|--------------------------------|---|--|-----------|
| PROFIL PORTAGE | Profession | | | | | | |
| | Descriptif de votre activité | | | | | | |
| | HELIA Portage | Date entrée souhaitée | | Tarif horaire par consultation | € | Déplacements à domicile ou en entreprise | OUI / NON |
| | | Début d'activité | OUI / NON | Honoraires mensuels actuels | € | Objectif annuel | € |
| Lieu d'exercice | A votre domicile | OUI / NON | Telephone professionnel | | | | |
| | Autre adresse | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|-----------|-----|
| CONFIRMATION | JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS | | | | | |
| | Joindre un RIB (1) | Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif d'HELIA Portage. Conformément à la loi "informatique et liberté" vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de la société HELIA Portage pour toute information vous concernant | | | Date | / / |
| | | | | | Signature | |
| (1): Veuillez joindre une copie du document demandé | | | | | | |

| | |
|-------------------------------|--|
| DATE | |
| DOSSIER N° | |
| PROFESSION | |
| Cadre réservé à HELIA Portage | |

SITUATION PROFESSIONNELLE

| | | |
|------|----------------------------|--|
| VOUS | NOM et Prénom | |
| | Visite médicale du travail | Vous serez convoqué(e) par notre organisme agréé à Lyon ou par un organisme désigné par HELIA Portage près de votre domicile |

| | | | | | | |
|--|---|--|-----|--------------------------------|--------------------------------|-----------|
| VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE | Vous êtes employé(e) | Employeur Actuel | | Heures / semaine | | |
| | | Nature du contrat de travail | | Cadre (2) | OUI / NON | |
| | | Vous bénéficiez de la mutuelle de votre employeur | | OUI / NON | Mutuelle (joindre attestation) | |
| | | Souhaitez-vous cumuler votre emploi actuel et le portage? | | | | OUI / NON |
| | Vous êtes sans emploi | Depuis le | | | | |
| | Si vous cumulez le portage avec un emploi rémunéré ou des indemnités Pole Emploi | | | | | |
| | Vous êtes chômeur | Vous êtes inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le (1)(2) | / / | Droits jusqu'au | / / | |
| | Si vous cumulez le portage avec une pension retraite, vous devez impérativement vous renseigner auprès de votre caisse afin de connaître le montant plafond exact du salaire complémentaire auquel vous avez droit afin de ne pas perdre vos droits. | | | | | |
| | Vous êtes retraité(e) | Montant mensuel de votre pension (1) | € | Salaire complémentaire plafond | | € |
| | | Montant net mensuel de votre dernier salaire | € | Caisse (nom et département) | | |

| | | | | |
|----------|--|-----------|--------------------------------|--|
| MUTUELLE | Vous bénéficiez de la mutuelle de votre employeur principal | OUI / NON | Mutuelle (joindre attestation) | |
| | Vous êtes ayant droit de la mutuelle employeur de votre conjoint | OUI / NON | Mutuelle (joindre attestation) | |
| | Vous souhaitez bénéficier de celle proposée par HELIA | OUI / NON | | |
| | Échéance de votre mutuelle privée | | Mutuelle (joindre attestation) | |

| | | | | |
|-----------|---|---------------|-----------|-----|
| ASSURANCE | HELIA Portage souscrit une Assurance Civile Professionnelle pour chacun de ses employés. Pour vous couvrir dans l'exercice de votre spécialité, il vous faut, en sus , souscrire à une assurance Responsabilité Civile Professionnelle Nominative | | | |
| | Responsabilité Civile Professionnelle Nominative | Votre RPN (1) | Depuis le | / / |
| | Vous n'en n'avez pas encore et souhaitez bénéficier de la RPN choisie pour votre activité par HELIA Portage? | | | |

| | | | | |
|------------|---------------------------------|--|---------------|--|
| FORMATIONS | Diplômes de votre spécialité(1) | | Ecole - Année | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|-------------|--|-------------------------------|---------------------|-----|
| UNIONS PROS | Helia Portage recommande à chaque porté d'adhérer chaque année à l'union professionnelle de sa spécialité. (1) | | | |
| | Unions ou syndicats de votre profession (1) | Union à laquelle vous adhérez | Date d'adhésion (1) | / / |
| | Motif en cas de refus d'adhésion de votre part | | | |

| | | | |
|--|---|-----------|-----|
| CONFIRMATION | JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS | | |
| | Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif d'HELIA Portage. Conformément à la loi "informatique et liberté" vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès de la société HELIA Portage pour toute information vous concernant | Date | / / |
| | | Signature | |
| | | | |
| (1): Veuillez joindre une copie du document demandé - (2): Barrez la mention inutile | | | |