

**QIIRO vous propose des modèles de documents juridiques éprouvés, à jour des dernières réformes et réglementations en vigueur. Néanmoins, nos modèles restent généraux et nécessitent d’être adaptés.**

**En cas de doute sur la rédaction ou les conséquences juridiques de l’un de nos modèles de documents, nous vous recommandons l’accompagnement par un professionnel du droit.**

**CERTIFICAT DE TRAVAIL**

Je soussigné(e), *(Madame/Monsieur) (prénom/nom)*

*(poste/position de celui qui établit le certificat)* de la Société *(dénomination sociale)* dont le siège social est situé à *(siège social/adresse),* immatriculée au *(Registre du commerce et des sociétés/ Répertoire des métiers)* de *(ville)* sous le numéro *(numéro d’immatriculation),*

Certifie que :

*(Madame/Monsieur) (prénom/nom du salarié)* demeurant à *(adresse)*, immatriculé à la Sécurité sociale sous le numéro *(numéro de sécurité sociale du salarié),* a été employé dans l'entreprise en qualité de *(indiquer la fonction et la nature des emplois successivement occupés par le salarié)* du *(date de conclusion du contrat incluant la période d’essai ou période d’apprentissage)* au *(date de fin de contrat).*

· POUR TOUTE CESSATION DE CONTRAT INTERVENANT À COMPTER DU 1ER JUIN 2015, NON CONSÉCUTIVE À UNE FAUTE LOURDE ET OUVRANT DROIT À PRISE EN CHARGE PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE CHÔMAGE INTERVENANT DANS UNE ENTREPRISE GARANTISSANT COLLECTIVEMENT SES SALARIÉS CONTRE LES RISQUES SANTE ET PREVOYANCE, AJOUTER :

En application de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, *(Madame/Monsieur) (prénom/nom du salarié)* bénéficiera, à compter de la date de cessation de son contrat de travail, soit à compter du *(date de fin de contrat)*, du maintien à titre gratuit des garanties frais de santé et prévoyance, à savoir des remboursements de soins liés à la maladie, l'accident ou la maternité ainsi que des garanties prévoyance, à savoir contre les risques décès, d'incapacité de travail ou d'invalidité prévues par le contrat de prévoyance souscrit par l'entreprise et ce, pendant une durée maximale de *(préciser la durée : celle-ci correspond à la durée du dernier contrat de travail du salarié, ou des derniers contrats s'ils sont consécutifs dans l'entreprise, dans la limite de 12 mois)* . Cette durée correspond à la durée *(du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs au sein de notre entreprise)*, une période égale au maximum à la durée d'indemnisation du chômage, et dans la limite de la durée *(du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs au sein de notre entreprise)*,sans pouvoir excéder 12 mois.

Les garanties maintenues seront identiques à celles en vigueur dans l'entreprise et seront applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui en bénéficiaient effectivement à la date de la cessation du contrat de travail.

Pour de plus amples informations sur l'étendue de cette couverture, *(Madame/Monsieur) (prénom/nom du salarié)* est invité à se reporter à la notice d'information émise par l'organisme assureur *(jointe au présent document ou remise le [ ] )* qui contient également des informations relatives au maintien à ses frais du régime de frais de soins de santé.

· SI LE SALARIÉ DISPOSE D’UNE DISPENSE D’EXÉCUTION DU PRÉAVIS, AJOUTER :Le salarié a été dispensé de l'exécution de son préavis.

· S’IL EXISTE UNE CLAUSE DE NON-CONCURRENCE, AJOUTER : Le contrat comporte toutefois une clause de non-concurrence qui interdit à *(Nom salarié)* d'exercer une activité susceptible de concurrencer celle de notre entreprise. Cette interdiction est limitée *(Limites temporelles obligation non-concurrence)*, *(Limites géographiques obligation non-concurrence)*

· S’IL N’EXISTE AUCUNE CLAUSE DE NON-CONCURRENCE, AJOUTER : *(Madame/Monsieur) (prénom/nom du salarié)* est libre de tout engagement.

Fait à *(Ville document)*, le *(Date du courrier)*.

L'employeur

*(Madame/Monsieur) (prénom/nom)*

*(poste/position dans la société)*