

DEMANDE DE MISE A DISPOSITION Association ou Collectivité

Date demande : Par : NC : oui non Visite site : oui non Orienté par :

NOM DE L'UTILISATEUR: **S'il y a lieu, nom du dirigeant :**

Adresse :

Tel : Fax : Adresse mail :

Interlocuteur pour la mise à disposition Tel :

Adresse de facturation (si différente du siège) :
.....

RIB : SIRET :

Statut juridique : Code APE :

Convention collective applicable :

Durée légale du travail applicable : 35 heures Autre Applicable aux intérimaires : oui non

MISSION

Tâches :

EL Entretien des locaux ()

EEV Entretien espaces verts ()

ADM Administratif ()

ADMS Secrétariat ()

ASC Aide repas + surveillance enfants ()

HRSES Service repas + entretien locaux ()

Autre :

.....

Qualités attendues :

.....

.....

Commentaires (clés, RV, précision tâche,...) :

.....

.....

.....

.....

Divers :

Lieu d'exécution de la mission :

Nombre de personne : Véhicule : oui non Paniers : oui non

PLANNING

Date de début : Date de fin :

Mission à fin de tâche : oui non Mission régulière : oui non

	Date des jours d'intervention	Heures de début	Heures de fin
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

A remplir obligatoirement

Motif de la demande : surcroît d'activité Remplacement Autre (à préciser)

Intitulé du poste (figurant sur fiche de paie) :

Nom du titulaire :

Certifié exact

Fait à, le

Nom et qualité du signataire

(Signature et cachet)

PARTIE RESERVEE A TERRE D'EMPLOIS TEMPO :

Salariés positionnés	OUI	NON	REPONSE EN ATTENTE

NOM DU SALARIE CONFIRME POUR LA MISSION :

Nouveau DE : oui non

MISSION CONFIRMEE AU CLIENT :

date : mode :

N° OT :