santé famille retraite services

cerfa
N° : en cours

DEMANDE D'EXONERATION
Transformation de CDD en CDI

Loi n°2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole (art. 31)

Cet imprimé est à retourner à votre MSA. Vous pouvez le joindre à la Déclaration trimestrielle des salaires (DTS) qui suit la transformation du CDD en CDI ou une DTS suivante ou l'envoyer de manière séparée. Si vous utilisez les services DTS Web et Modification de contrat Web, la demande d'exonération est à effectuer en ligne.

Identification du demandeur

Nom/Raison sociale :
.....
.....

Adresse :
.....
.....

Code postal |_|_|_|_|_| Commune : .....
.....

N° SIRET ou MSA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification du salarié

Nom : ..... N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Prénoms : ..... Date de naissance : |_|_| |_|_| |_||_||_||_|

Exonération en cas de transformation de CDD en CDI

? Je demande le bénéfice de l'exonération de mes cotisations patronales ASA, AT et AF du fait de la transformation du CDD de mon salarié en CDI à la date du |_|_| |_|_| |_||_||_||_|

1. J'atteste sur l'honneur (cocher la ou les cases correspondantes) :

1.1 que j'ai employé le salarié pendant au moins 120 jours de travail effectif, consécutifs ou non, au cours des 24 mois précédant la transformation du CDD en CDI ☐

1.2 que je n'ai pas procédé à un licenciement économique pendant les 12 derniers mois ☐

2. Si je suis un groupement d'employeurs, je joins à la MSA la liste de mes adhérents, l'imprimé "Utilisation des surfaces de l'exploitation et déclaration du chiffre d'affaires" de chaque adhérent et les justificatifs de TVA correspondant*. ☐

* *Documents permettant de justifier que le groupement d'employeurs est composé en majorité d'adhérents exerçant majoritairement des activités de production agricole à la date de transformation du CDD en CDI.*

La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre MSA.

Le |_|_| |_|_| |_||_||_||_| à ..... Qualité du signataire ..... N° ☎ : ..... Signature :	Cachet de l'établissement