

pour □□□ salariés et □□□ E.T.P soit □□□ heures autorisées

Entreprise appliquant un accord de modulation du temps de travail, le remboursement se fera :

- au vu du bilan de la modulation
- à titre exceptionnel, au vu des états nominatifs adressés mensuellement

Je soussigné, (Nom et qualité), déclare adhérer à la convention d'activité partielle de longue durée conclue le (date) et remplir les conditions permettant de bénéficier des mesures de prise en charge par l'Etat de l'allocation complémentaire en application des articles L.5122 – 2, L.5122 – 3, D.5122 – 30 et D.5122 – 43 à D.5122-51 du code du travail.

En contrepartie, je m'engage :

- à maintenir ----- emplois en E.T.P et-----salariés durant la période du ----- au ----- (au minimum une durée égale au double de la période d'activité partielle de longue durée courant à partir de la signature du présent formulaire d'adhésion) ;

- à proposer à chaque salarié bénéficiaire de cette convention un entretien individuel en vue notamment d'examiner les actions de formation ou de bilans qui pourraient être engagées dans la période d'activité partielle ;

- à assurer aux salariés concernés par le présent formulaire subissant une réduction d'activité en dessous de la durée légale une garantie d'indemnités horaires égale à 75 % de la rémunération horaire brute en application de l'article D. 5122-46 du code du travail.

Seront formés à ce titre □□□□□□ salariés correspondant à □□□□□□ E.T.P (le cas échéant)

Sont exclus du champ d'application du présent formulaire d'adhésion, les salariés :

- auxquels le licenciement a été notifié,**
- auxquels la rupture négociée pour motif économique a été notifiée,**
- dont l'homologation par la DDTEFP de la rupture conventionnelle de leur contrat a été réalisée.**

Sont également exclus du champ d'application du présent formulaire les salariés dont le contrat est rompu :

- dès la date de la rupture négociée de leur contrat de travail si celle-ci n'a pas été notifiée auparavant au salarié,**
- dès la date de leur départ en retraite,**
- dès la date d'expiration de leur contrat de travail, c'est-à-dire la fin du préavis en cas de mise à la retraite.**

L'objectif de maintien dans l'emploi des salariés couverts par ce formulaire d'adhésion est un engagement essentiel de la part de l'entreprise.

Ainsi, le remboursement par l'entreprise des sommes perçues dès le 1er jour de prise en charge de l'allocation complémentaire au titre du présent formulaire d'activité partielle de longue durée pour un salarié dont le contrat est rompu ou la rupture notifiée avant le terme de la garantie de maintien dans l'emploi sera demandé pour :

- l'une des causes énoncées à l'article L. 1233-3 (licenciement pour motif économique, rupture négociée pour motif économique, plans de départs volontaires...)
- un départ à la retraite prévu par les articles L.1237-4 et L.1237-9, dès lors qu'il s'insère dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ;
- une mise à la retraite prévue par les articles L.1237-5 à L.1237-8.

Les services de l'Etat communiqueront le présent formulaire à l'OPCA compétent sauf avis contraire de l'entreprise.

Je m'engage à faciliter les contrôles jugés nécessaires par les services de la DDTEFP ou tout autre service de l'Etat compétent sur les conditions d'exécution du présent accord.

En cas de non respect des termes de la convention N° et du présent formulaire d'adhésion, je m'engage à rembourser à l'État l'intégralité des sommes perçues au titre de ce dispositif.

La récupération des trop perçus s'effectuera selon la procédure des rétablissements de crédits sur le budget du Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi.

Les titres de perception correspondants seront émis par l'ordonnateur sur le comptable du trésor assignataire.

Fait à -----

Pour l'entreprise

Pour l'Etat