

Le service Recrutement de Cap emploi 44 intervient au cours de la période d'intégration d'un ou une salariée à son poste (6 premiers mois suivant son embauche). L'intervention se fait dans le cadre de l'aménagement de sa situation de travail.

Les cases en rouge sont à remplir obligatoirement.

▶ LA DEMANDE

Date : **Qui est à l'origine de la demande ?**

Si autre, précisez :

Objet : **Demande d'intervention pour un aménagement de situation de travail**

Précisez votre demande : l'élément déclencheur, les difficultés rencontrées, les solutions envisagées, les attentes vis à vis de l'intervention de Cap emploi 44, etc.

▶ IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Nom de naissance :

Adresse :

CP / Ville :

N° de téléphone :

E-mail :

N° de Sécurité sociale :

N° identifiant Pôle emploi :

Situation par rapport à l'emploi

Poste occupé :

Contrat de travail :

depuis le :

(Si CDD/Intérim) Jusqu'au :

Rythme de travail :

Niveau de formation :

Qualification professionnelle /
catégorie de poste occupé :

Situation au moment de la demande :

Situation par rapport au handicap :

Etes-vous bénéficiaire d'un titre du statut de personne handicapée (BOETH) ?

Oui

Non

Demande en cours

Si oui, précisez :

Durée de validité du justificatif de votre statut :

Durée limitée : début

Fin :

OU attribué à titre définitif

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR / ORGANISME

Raison sociale :

N° SIRET : _____ Code APE (4 chiffres - 1 lettre) : _____
 Activité : _____ Secteur : _____
 Adresse : _____ CP / Ville : _____
 N° de téléphone : _____
 Effectif dans l'établissement ... des salariés : _____ ... des travailleurs handicapés (BOETH) : _____

Nom / Prénom de la personne à contacter :

Fonction : _____
 N° de téléphone : _____ E-mail : _____

Accord en faveur des personnes handicapées :

Un accord agréé relatif à l'emploi des personnes handicapées (exonérateur de la contribution Agefiph) s'applique-t-il à l'établissement concerné ? Oui Non

Si oui, date de début : _____ date de fin : _____

Si oui, le quota de 6% est-il atteint ? Oui Non

AVIS MÉDICAL SUR LA SITUATION PROFESSIONNELLE

Nom / Prénom du médecin du travail / prévention :

Service de Santé au Travail : _____ Site : _____

N° de téléphone : _____ E-mail : _____

Dernière visite effectuée le : _____ Type de visite : _____

Si autre, précisez : _____

Décision : _____

Origine de la problématique de santé : _____

Restrictions / contre-indications / préconisations :

Le médecin souhaite-t-il être présent au rendez-vous organisé par Cap emploi dans l'entreprise ? Oui Non

Merci d'envoyer ce formulaire complété et enregistré à :
recrutement@capemploi44.fr

Joignez à votre envoi le titre de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi des
 Travailleurs Handicapés et la fiche de poste.