

ANNEXE 2

FORMULAIRE D'ACCORD PRÉALABLE À L'ESSAI ENCADRÉ (L.323-3-1 et L.433-1 alinéa 4 du code de SS)

Salarié(e) :

Nom : Prénom :

Entreprise :

Essai encadré

Date début : / / Durée :

Entreprise d'accueil :

Adresse :

Poste(s) testé(s) :

Signataires de la convention

Date de la convention : / /

Signature de l'assuré social :

Nom, prénom du tuteur :

Fonction dans l'entreprise :

Signature et cachet :

Nom, prénom du médecin du travail :

Adresse :

Signature et cachet :

Partenaire (CAP emploi / Comète France)

Nom, prénom :

Fonction :

Adresse :

Signature et cachet :

**FORMULAIRE À DEPOSER OU À RETOURNER APRÈS RENSEIGNEMENT ET
RECUEIL DES ÉLÉMENTS CI-DESSUS À :**

La CPAM de l'assuré

À l'attention de :

**CELLULE LOCALE
DE PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE**