

Formulaire à retourner à :
CPSO, case postale 5278, 1211 Genève 11
ou par Fax au 022 715 32 19

Nom et adresse de l'entreprise :

**Travailleurs assujettis à la CCT SOR
EMPLOYES D'EXPLOITATION**

Période : du _____ au _____

→ VEUILLEZ IMPERATIVEMENT REMPLIR LE FORMULAIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DE MANIÈRE LISIBLE, S.V.P. ! - IL SIED DE REMPLIR UN FORMULAIRE PAR TRIMESTRE !

NOM / Prénom	Date de naissance et nationalité	Code professionnel (qualification*)	n° NSS / AVS	Date d'engagement (mm / aa)	Salaire horaire	Nombre d'heures total pour la période	Salaire total pour la période (salaire brut soumis à l'AVS)
Total :							

* CE : Chef d'équipe
A : Titulaire d'un CFC
B : Travailleur sans CFC
C : Manceuvre

L'employeur soussigné confirme l'exactitude des montants indiqués dans la présente déclaration

Lieu et date :

Timbre de l'entreprise et signature :