

# FICHE INDIVIDUELLE DE CANDIDATURE CPAM

**TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT INDISPENSABLES**

(1)  Titulaire       Suppléant

\* Dénomination de l'organisme : .....

\* Organisation désignatrice : .....

Renouvellement de mandat     OUI       NON (1)

\* Mme / M. (1)

\* Nom d'usage : .....

Nom de naissance : .....

\* Prénom : .....

\*Date de naissance : .....

Lieu de naissance : Département : ..... Ville : ..... Arrondissement : .....

Pays : .....

\* Adresse domicile :

Numéro : ..... \*Type de voie : ..... \*Nom de Voie : .....

Complément (Lieu-dit, BP) : ..... \*Code Postal : ..... \*Ville : .....

\* Adresse d'envoi des convocations :  identique à l'adresse du domicile

Numéro : ..... Type de voie : ..... Nom de Voie : .....

Complément (Lieu-dit, BP) : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone : Domicile : ..... Portable : .....

\* Adresse de messagerie électronique : .....@.....

(1) rayer la mention inutile

(2) sauf assuré volontaire

\* Champ à compléter obligatoirement

Si vous êtes salarié(e) :

\*Catégorie professionnelle :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques    | <input type="checkbox"/> Employés administratifs d'entreprise            |
| <input type="checkbox"/> Cadres d'entreprise   | <input type="checkbox"/> Employés de commerce                            |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaire enseignement, santé, fonction publique et assimilés | <input type="checkbox"/> Personnes des services clients aux particuliers |
| <input type="checkbox"/> Techniciens   | <input type="checkbox"/> Ouvriers qualifiés                              |
| <input type="checkbox"/> Contremaître, agents de maîtrise  | <input type="checkbox"/> Ouvriers non qualifiés                          |
| <input type="checkbox"/> Employés de la fonction publique  | <input type="checkbox"/> Ouvriers agricoles                              |

\*Nom de l'employeur : .....

\*Fonctions assurées au sein de l'entreprise : .....

Adresse professionnelle :

Numéro : ..... Type de voie : ..... Nom de Voie : .....

Complément (Lieu-dit, BP) : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone professionnel : .....

Si vous n'êtes pas salarié(e) :

\*Catégorie professionnelle :

- Artisans
- Commerçants et assimilés
- Chef d'entreprise de 10 salariés et plus
- Chef d'entreprise de moins de 10 salariés
- Professions libérales et assimilés
- Agriculteurs exploitants

- \*Catégorie :

- Assuré volontaire : employeur, travailleur indépendant (dont micro-entrepreneur)
- particulier employeur

- \* Nom de l'entreprise : .....

- \* Raison sociale de l'entreprise : .....

- \* Numéro SIREN <sup>(2)</sup> .....

- \* Numéro URSSAF <sup>(2)</sup> .....

Si vous êtes retraité ou inactif:

\*Ancienne profession : .....

- Anciens agriculteurs exploitants
- Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprises
- Anciennes professions libérales
- Anciens cadres et professions intermédiaires
- Anciens employés et ouvriers
- Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- Inactifs divers

A....., le.....

Signature :

(1) rayer la mention inutile

(2) sauf assuré volontaire

\* Champ à compléter obligatoirement