D.O.S.

Service ASNP-TS

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

**relative à la PRISE de FONCTIONS du PERSONNEL ROULANT**

Ce document, accompagné du dossier d’embauche complet, doit impérativement être adressé à l’A.R.S. sans délai.

Tous les renseignements fournis dans ce document pourront être communiqués à la Direction du Travail, de l’Emploi et de la Formation Professionnelle et à l’URSSAF pour enquête complémentaire.

**Je, soussigné(e) M \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Gérant de l’entreprise de transports sanitaires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agrément n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Atteste sur l’honneur que :**

* Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**est embauché(e) dans mon entreprise à compter du** I\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_I

* à temps **complet** 🞏 - en **apprentissage** 🞏
* à temps **partiel** 🞏

préciser le nombre d’heures travaillées

par mois I\_\_\_\_\_\_I ou par semaine I\_\_\_\_\_\_I

**contrat et durée :**

(s’il s’agit d’un C.D.D. informer impérativement l’A.R.S. des prolongations éventuelles ou de la transformation en C.D.I.)

**Activité complémentaire exercée :**

 taxi 🞏 petite remise 🞏 Pompes funèbres 🞏 autres transports 🞏

 nombre d’heures par mois I\_\_\_\_\_\_I ou par semaine I\_\_\_\_\_\_I

J’atteste sur l’honneur que la personne déclarée remplit les conditions d’exercice fixées par la règlementation en vigueur.

En cas de manquements, je m’expose à des sanctions conformément à l’article R.6312-5 du code de la santé publique.

Indépendamment de ces sanctions, toute fausse déclaration ainsi que l’usage d’un document falsifié sont passibles des peines prévues par les articles 441-6 et suivants du code pénal.

Date : Signature et Cachet