



**PRÉFET  
DES BOUCHES-  
DU-RHÔNE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction départementale de l'emploi,  
du travail et des solidarités des  
Bouches-du-Rhône**

*Joindre une  
photographie  
d'identité récente  
35 × 45 mm  
(ne pas coller SVP)  
Indiquer vos nom et  
prénom au verso de  
la photographie*

## **DOSSIER DE CANDIDATURE AUX FONCTIONS DE CONSEILLER DU SALARIÉ (à compléter en capitale d'imprimerie)**

**Articles L.1232-7 et suivants, R.1232-1 et suivants, D.1232-4 et suivants et L.1237-12 et suivants du Code du travail**

Le bon fonctionnement du dispositif des conseillers du salarié, à l'échelle départementale, s'appuie sur la présence en nombre suffisant de conseillers. Cette condition est indispensable pour garantir à l'ensemble des salariés d'entreprises dépourvues de représentation du personnel, la possibilité effective de bénéficier, le cas échéant, de l'assistance d'un conseiller extérieur.

Cependant, au-delà de la seule inscription sur la liste départementale, l'effectivité de ce dispositif repose sur l'engagement réel et constant de chaque conseiller dans l'accomplissement de la mission qui lui est confiée. Ce n'est qu'à cette condition que peut être assurée la mise en œuvre concrète de ce droit, reconnu aux salariés confrontés à une procédure de licenciement ou s'engageant dans une démarche de rupture conventionnelle, au sein d'entreprises ne disposant pas d'un comité social et économique (CSE).

### **INFORMATIONS PERSONNELLES**

*Les informations portées doivent être rigoureusement conformes à une pièce officielle (livret de famille, carte d'identité, extrait d'acte de naissance)*

NOM : .....

*Pour les femmes, indiquer sur cette ligne le nom de jeune fille*

PRENOMS : .....

*Dans l'ordre de l'état civil*

SEXE : ☐ Masculin ☐ Féminin

NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : ..... N° DEPART : .....

PAYS DE NAISSANCE : .....

ADRESSE PRECISE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

N° DE SECURITE SOCIALE (15 chiffres) : .....

Ou

N° AGRICOLE : .....

*Uniquement pour les personnes nées hors de France métropolitaine. (dans ce cas, joindre une copie du livret de famille)*

NOM DU PERE : .....

PREMIER PRENOM DU PERE : .....

NOM DE JEUNE FILLE DE LA MERE : .....

PREMIER PRENOM DE LA MERE : .....

### **INFORMATIONS CONCERNANT LE CONTACT**

#### NUMEROS DE TELEPHONE

- *Il est impératif de fournir des numéros de téléphone sur lesquels vous êtes facilement joignable.*
- *Tout changement doit être signalé à la DDETS dans les plus brefs délais.*
- *Les numéros de téléphone indiqués ci-dessous figureront sur l'arrêté préfectoral.*

PORTABLE : .....

FIXE : .....

#### ADRESSE MAIL

- *Il est nécessaire que vous disposiez d'une messagerie que vous pouvez aisément consulter*
- *Tout changement doit être signalé à la DDETS dans les plus brefs délais*
- *L'adresse mail indiquée ci-dessous figurera sur l'arrêté préfectoral*

ADRESSE MAIL PERSONNELLE : .....

APPARTENANCE SYNDICALE : .....

*S'il y a lieu, précisez le nom de l'organisation syndicale à laquelle vous adhérez*

## **INFORMATIONS PROFESSIONNELLES**

CATEGORIE PROFESSIONNELLE : ☐ Salarié (secteur privé/ets public) ☐ Agent public ☐ Retraité ☐ Sans emploi

PROFESSION : .....

*Pour les retraités, mentionner la profession exercée précédemment.*

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

.....

.....

.....

☐ Fonction publique - ☐ entreprise ou établissement public - ☐ Secteur privé

Effectif de l'entreprise : ☐ moins de 11 salariés - ☐ de 11 à moins de 50 salariés - ☐ 50 salariés et plus

## **INFORMATIONS CONCERNANT LE VEHICULE UTILISE DANS LE CADRE DE LA MISSION**

MARQUE (D1) : .....

TYPE (D3) : .....

IMMATRICULATION : .....

PUISSANCE FISCALE (P6) : .....

DATE DE PREMIERE MISE EN CIRCULATION : .....

## **INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE DU VEHICULE**

COMPAGNIE D'ASSURANCE : .....

NUMERO DE CONTRAT : .....

DATE DE VALIDITE DE LA CARTE INTERNATIONALE D'ASSURANCE AUTOMOBILE : .....

- Je reconnais l'exactitude des éléments indiqués dans le présent document.
- J'atteste que les éléments portés dans la partie "*informations personnelles*" sont rigoureusement conformes à une pièce officielle (livret de famille, carte d'identité, extrait d'acte de naissance).
- Je certifie ne pas être actuellement titulaire d'un mandat de conseiller prud'homme, lequel est, en vertu des dispositions de l'article L.1232-7, alinéa 3, du Code du travail, incompatible avec la mission de conseiller du salarié.
- Je m'engage, dans l'hypothèse où ma candidature serait retenue, à fournir annuellement à l'autorité administrative, dans le cadre du suivi statistique et qualitatif de l'activité des conseillers du salarié, un état récapitulatif du nombre d'interventions réalisées au cours de chaque année civile écoulée.

Bien qu'il s'agisse d'une activité bénévole, la mission de conseiller du salarié constitue un véritable engagement moral envers l'État de la part de la personne à qui est confié ce mandat. Le conseiller du salarié s'engage ainsi à accomplir sa mission avec conscience et à exercer ses fonctions avec la meilleure efficacité possible.

Bien évidemment, le conseiller du salarié n'a aucune obligation d'être disponible en toute circonstance, de sorte que la mission dont il est investi doit se concilier avec sa vie professionnelle, personnelle ou familiale.

Si le conseiller du salarié n'est donc pas tenu d'accéder à toutes les demandes d'assistance qui peuvent lui parvenir, il doit, en revanche, exercer effectivement sa mission chaque fois qu'il en a l'occasion et la possibilité.

Aussi, le refus systématique d'exercer ses fonctions est de nature, sauf circonstances particulières affectant temporairement la disponibilité ou la mobilité du conseiller, à conduire à la radiation de la liste des conseillers du salarié.

FAIT A

, le  
(signature)

#### **PIECES A JOINDRE**

- ☐ Le présent document dûment complété en capitale d'imprimerie,
- ☐ Copie recto/verso de la carte d'identité
- ☐ Copie du livret de famille (uniquement pour les personnes nées hors de France métropolitaine),
- ☐ Note manuscrite, établie par le candidat mentionnant qu'il accepte que ses nom/prénom, éventuelle appartenance syndicale, adresse, numéros de téléphone, adresses mail, profession figurent sur l'arrêté préfectoral (annexe 1),
- ☐ Photo d'identité récente (inscrire le nom au dos),
- ☐ Relevé d'identité bancaire ou postal,
- ☐ Copie du permis de conduire,
- ☐ Copie de la carte grise du véhicule utilisé dans le cadre de la mission,
- ☐ Copie de la carte internationale d'assurance automobile en cours de validité,
- ☐ Attestation par laquelle le candidat atteste être le propre assureur de son véhicule pour les risques non prévus par son assurance obligatoire (annexe 2).

**DOSSIER DE CANDIDATURE ET SES ANNEXES A TRANSMETTRE PAR VOIE DEMATERIALISEE :**

**DDETS-CSAM@BOUCHES-DU-RHONE.GOUV.FR**

**DATE LIMITE DE DEPOT : 30 MAI 2025**

**Aucun dépôt ne sera accepté après cette date.**

**Tout dossier incomplet ou comportant des informations manquantes sur les documents à renseigner sera intégralement retourné au candidat.**