

**DEMANDE MENSUELLE
INDEMNISATION DU CHOMAGE SECTEUR PUBLIC
(Code du travail - Convention du 14.05.2014)**

ANNEXE 2

Envoyez votre demande à l'adresse suivante
ACADEMIE DE NANCY-METZ
RECTORAT
Cellule Chômage
C.O. N° 30013
54 035 NANCY Cédex

**Ce document ne doit être daté et transmis
que le dernier jour de chaque mois en 1
seul exemplaire**

MOIS DE :

■ **NOM :**


■ **PRENOM :** né (e) le :

■ **GRADE :**

Date d'entrée en fonction : ____/____/____ Date de fin de fonction : ____/____/____

■ **Votre numéro de Sécurité Sociale :**

■ **Votre adresse personnelle :**



◆ **CE MOIS CI :**

AVEZ-VOUS EXERCE UNE ACTIVITE SALARIEE ? OUI DU.....AU.....
NON

TEMPS COMPLET TEMPS PARTIEL (%)

Précisez l'employeur actuel Éducation Nationale * précisez l'établissement scolaire :
 Direction des services départementaux de l'éducation nationale * précisez l'établissement scolaire :
 Secteur privé...(joindre **obligatoirement** la photocopie de la fiche de paie)
 Création d'entreprise depuis le

AVEZ VOUS FAIT L'OBJET D'UN CONGE MALADIE, MATERNITE OU ACCIDENT DU TRAVAIL

OUI NON DU.....AU.....

Joindre obligatoirement un justificatif

ETES VOUS ENTRE EN STAGE DE FORMATION OUI NON DU.....AU.....

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je m'engage à fournir toute pièce justificative à l'appui de la présente demande et à informer le service payeur de tout changement dans ma situation.

A Le.....

Signature