

**Article 16 du Règlement (CE) N° 883/2004  
Demande d'informations complémentaires**

**1 Travailleur :** Dossier n°.....

1.1 Nom : ..... Prénoms : .....

1.2 Date de naissance : ...../...../.....

1.3 Nationalité : .....

1.4 Numéro d'identification personnel : .....

1.5 Régime de sécurité sociale dont relève le travailleur ..... Date d'affiliation ...../...../.....

1.6 Adresse dans l'Etat de résidence : .....

1.7 Adresse dans l'Etat de séjour (en France) : .....

1.8 Fonctions exercées dans l'Etat habituel d'emploi : .....

1.9 Nature du contrat de travail dans l'Etat habituel d'emploi :

durée déterminée (**joindre copie**) Période visée par le contrat : du ...../...../..... au ...../...../.....

durée indéterminée Date du début du contrat ...../...../.....

**2 Employeur qui effectue la demande :**

2.1 Nom ou raison sociale .....

2.2 Adresse .....

2.3 Date de création de l'entreprise : ...../...../.....

2.4 Numéro d'identification et/ou code de l'entreprise.....

2.5 Secteur d'activité :  Transports  Bâtiment Travaux Publics  Agence de placement  
 Agriculture  Autres. Veuillez préciser : .....

2.6 Effectif de salariés : ..... Effectif de salariés détachés : .....

2.7 Personne en charge du dossier.....

2.8 Téléphone ..... Télécopie .....

2.9 E-mail .....

**3 Etablissement / lieu où est exercée l'activité :**

3.1 Nom ou raison sociale .....

3.2 Adresse .....

3.3 Secteur d'activité :  Transports  Bâtiment Travaux Publics  Agence de placement  
 Agriculture  Autres. Veuillez préciser : .....

3.4 Code de l'activité de l'entreprise : .....

3.5 Effectif de salariés : ..... Effectif de salariés détachés : .....

3.6 Existence d'un contrat de travail liant le travailleur et l'employeur français qui l'accueille

oui (**veuillez joindre une copie du contrat**)  non (**veuillez joindre le(s) avenant(s) de détachement**)

**4 Nature de la mission à réaliser :**

4.1 Fonctions exercées par le travailleur au sein de l'entreprise d'accueil : .....

4.2 Date de début de la mission en France : ...../...../.....

4.3 Brève description de la mission :

.....  
.....  
.....

4.4 Détaillez le ou les motifs qui, dans l'intérêt du salarié, justifient le recours à la dérogation exceptionnelle :

.....  
.....  
.....

4.5 Date prévue d'achèvement de la mission : ...../...../.....

4.6 Perspectives professionnelles du travailleur au terme de la dérogation demandée :

.....  
.....  
.....

**5 Cadre dans lequel est effectuée la mission :**

**5.1 S'agit-il d'un détachement au titre de la mobilité intragroupe ?**

oui       non

Si oui, veuillez détailler le parcours professionnel du travailleur depuis son embauche au sein du groupe

.....  
.....  
.....

**5.2 S'agit-il de l'exécution d'un contrat de prestation de services ?**

oui (joindre une copie du contrat)       non

**6 Informations complémentaires, veuillez préciser :**

- **6.1** Le lieu de versement des cotisations sociales : .....

- **6.2** Si l'entité qui verse le salaire de l'intéressé est :

l'employeur de l'Etat d'envoi       l'entreprise d'accueil

- **6.3** Si l'entité qui exerce le contrôle et l'autorité sur le salarié est :

l'employeur de l'Etat d'envoi       l'entreprise d'accueil

- **6.4** Si le travailleur a bénéficié de prestations sociales :

soins de santé       prestations familiales       autres (précisez) .....

**7 Dans l'hypothèse où votre demande serait introduite tardivement :**

Veuillez en préciser le motif :

.....  
.....  
.....

**Veillez à compléter toutes les rubriques et à fournir les documents requis dans un délai maximum de 3 mois. A défaut, la demande de maintien d'affiliation de votre salarié à son régime habituel de sécurité sociale sera refusée. Les cotisations sociales devront être versées auprès du régime obligatoire français.**

Fait à ....., le .....

**Cachet de l'entreprise  
(signature)**