

CAISSE NATIONALE DE RETRAITES
DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

ETABLISSEMENT DE BORDEAUX

DIRECTION DES GESTIONS MUTUALISÉES
SERVICE RECOUVREMENT - IMMATRICULATION
Références à rappeler : PPMR22

Téléphone : 05 57 57 91 91
Télécopie : 05 62 27 80 28
Courriel : cellule.immatriculation@caissedesdepots.fr

MUTATION DE MASSE PARTIELLE

L'établissement déclarant reprend **UNE PARTIE** du personnel d'un autre établissement. **Ce formulaire ne doit pas être utilisé lors de la mutation seule d'un agent**, sauf au sein d'un établissement non immatriculé auprès de la CNRACL.

**CET IMPRIME N'EST A UTILISER QUE LORS D'UNE NOUVELLE IMMATRICULATION
(FUSION, SCISSION, TRANSFORMATION JURIDIQUE)**

Les zones précédées de **ce signe *** sont à renseigner **obligatoirement**

A) IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR DECLARANT

*N° SIRET

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* **B) IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR PRECEDENT**

Indiquer **obligatoirement** un des deux numéros

N° SIRET

N° DOSSIER IMMATRICULATION

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C) IDENTIFICATION DES AGENTS CONCERNES

Si plus de 10 agents concernés, veuillez faire une copie de ce formulaire, autant que de besoin

*NIR

*CLE

*DATE DEBUT « EMPLOI ACTUEL »

La collectivité atteste l'authenticité des informations déclarées. **Aucune pièce justificative** n'est à fournir, cependant la CNRACL se réserve le droit de les réclamer **ultérieurement**.

* **E1** NOM DU SIGNATAIRE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* **E2** QUALITE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* **E3** DATE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* **E4** TEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cachet et signature