



DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN TRAVAILLEUR



Les zones en * sont réservées à la CNSS

Les dates sont en format JJ MM AAAA

DIT160128

N° Assurance *

Préfecture

Code *

I. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

N° Matricule chez l'employeur

Nom naissance

Prénoms

Nom époux (1)

Civilité (2)

Code *

Date de naissance

Sexe : F M

Lieu de naissance

Pays de naissance

Code *

Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Nationalité

Code *

Quartier actuel

Code *

Zone *

Boîte Postale

Rue

Ville

Code *

N° Téléphone

E-mail

II- TYPE ASSURÉ

Normal Temporaire Agent permanent de l'Etat Fonctionnaire détaché Apprenti

Travailleur en zone franche Autres Code *

N° Employeur

Raison sociale

Date d'embauche (3)

Date d'effet immatriculation *

Rémunération brute mensuelle (4)

FCFA

Emploi occupé (5)

Code *

Qualification professionnelle (6)

Code *

Handicapé ? Oui Non

Vous pouvez télécharger cet imprimé en ligne sur www.cnss.tg et le remplir en caractères majuscules et sans ratures. Mais, de préférence, vous pouvez directement effectuer votre demande sur <https://services.cnss.tg/login> en s'inscrivant.

III. PIÈCES A JOINDRE A LA PRESENTE

1. Pièce d'état civil ou d'identité

		Code *	
N° pièce			
Délivrée le		à	
Etat civil		Code *	

2. Une photo d'identité

IV. IDENTIFICATION DES ASCENDANTS

1. PERE

Nom					
Prénoms					
Date de naissance		Lieu			
Etat :	Actif <input type="checkbox"/>	Non actif <input type="checkbox"/>	Pensionné <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Invalide <input type="checkbox"/>

2. MERE

Nom naissance					
Prénoms					
Date de naissance		Lieu			
Etat :	Actif <input type="checkbox"/>	Non actif <input type="checkbox"/>	Pensionné <input type="checkbox"/>	Décédé <input type="checkbox"/>	Invalide <input type="checkbox"/>

V- IDENTIFICATION DES CONJOINT(E)S

	Nom et prenom conjoint(e)	Profession	N° Assurance ^(1')	N° Employeur ^(1')
1				
2				
3				
4				

Fait à		le	
--------	--	----	--

Signature et cachet de l'employeur

Signature du travailleur

Signature du déclarant (si différent de l'employeur)
(Travailleur, Inspecteur du travail, Contrôleur CNSS)

NB : L'assuré n'a la qualité d'allocataire que s'il remplit la condition de période de stage

- (1) A remplir uniquement pour les femmes ; (1') A remplir pour les conjoint(e)s salarié(e)s et/ou affilié(e) CNSS;
- (2) Civilité (Monsieur, Madame, Révérend, Soeur, Mademoiselle, Son Excellence, Maître, Docteur, Professeur, . . .) ;
- (3) Période d'essai comprise (la date du début de la période d'essai s'il y a lieu) ;
- (4) Indiquer la rémunération brute mensuelle sans déduction d'impôt et retenue à la date d'embauche ;
- (5) Indiquer aussi exactement que possible l'emploi (Comptable, Secrétaire, Dactylographe, Chauffeur, . . .) ;
- (6) La qualification professionnelle (Cadre, Agent de maîtrise, Technicien, Ouvrier, . . .) des salariés .