



# 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](http://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 <sup>(1')</sup>	N° Employeur <sup>(1')</sup>
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 .