

Vous devez ensuite :

- visualiser puis imprimer le formulaire DPAE

- et en remettre un exemplaire à votre salarié

A tout moment, en retournant sur la page d'accueil DPAE, vous avez la possibilité de retrouver une déclaration préalablement effectuée sur le site, pour :

- la visualiser - l'envoyer si elle a été « conservée » (après l'avoir modifiée si nécessaire)

- en réutiliser les données pour une autre déclaration.
- la présenter à l'Inspecteur du travail en cas de contrôle



En cas de besoin, contactez l'assistance aux internautes : 02 31 25 39 33 assistanceinternet@armorigue.msa.fr

Faites votre Déclaration Préalable À l'Embauche (DPAE) par internet

Connectez-vous sur : www.msa-armorique.fr

- \succ Accès gratuit à n'importe quelle heure
- > Possibilité de préparer des déclarations à l'avance et de les stocker pour les envoyer plus tard

Comment accéder au service DPAE en ligne ?



Comment remplir votre 1^{ère} déclaration d'embauche en ligne ?

1^{ère} étape : Saisir la déclaration préalable d'embauche

Pour respecter vos obligations en qualité d'employeur, vous devez déclarer vos salariés au plus tard au moment de l'embauche.



Connectez-vous sur : www.msa-armorique.fr "Mon espace privé" à l'aide de votre identifiant (14 chiffres du Siret) et de votre mot de passe

Cliquez sur OK

Vous n'avez pas de mot de passe ? Cliquez sur s'inscrire ou contactez l'assistance internet en cas d'urgence : 02 31 25 39 33



	Compléter les champs suivar	nts
<u>Accueil</u> > DPAE > Employeur > Salarie	Aide Contact	Questions Indiquez les données d'iden- tification de votre salarié (nom de naissance, prénom, sexe)
Salarié Les champs suivis du symbole * sont obligatoires. Important : Si le salarié n'a jamais été im Si le salarié est de nationalité Nom de naissance * :	DPAE matriculé au régime agricole, adressez nous un justificatif d'état ch é étrangère, adressez nous obligatorrement une copie de son titre o Prénoms * :	/il. le séjour N° de sécurité sociale
Nom marital : N° de Sécurité Sociale : Département de naissance * : Numéro et nature de la voie : Adresse :	Sexe * : Masculin © Féminir Date de naissance * : 20 Commune de naissance : 20 Nom de voie :	Cliquez sur la liste dérou- lante pour sélectionner son département de naissance, puis indiquez la commune
Code postal * : Précéd	Ville * :	Indiquez son adresse complète
		liquez sur suivant

Informations relatives à l'embauche et à l'emploi	PAE Indiquez la date et l'heure de l'embauche
Les champs suivis du symbole * sont obligatoires. Date d'embauche * : 1 Emploi occupé * : 2	d'embauche * : ou coefficient hique :
Secteur professionnel : Nature du contrat * : C à durée Indéterminée C à durée Déterminé	Sélectionnez la nature du contra CDD à objet défini Si CDD : indiquez la durée en jours
Si C S'agit-il d'un contrat COui C Non 4 Co particulier * ? : Durée du travail (en Pé	durée (en jours) : Image: Comparison of the particulie of the particular o
jours): Sitemps % (6) Lieu de travail si différent de Co	Indiquez la durée contractuelle du travail ainsi que la périodicité (ex : 35h/hebdo)
Département : Le salarié (1) : • Est cadre ou assimilé * : C Oui C Non • Je le déclare à AGRICA RETRAITE C Oui C Non	 G S'il s'agit d'un contrat à temps p tiel, précisez le pourcentage de tem de travail (ex : 80%)
- dans la catégorie art 4 ou 4 bis : C Oui C Non - dans la catégorie art 36 : C Oui C Non - est rémunéré exclusivement en nature : C Oui C Non - est domicilié fiscalement à l'étranger : C Oui C Non	Indiquez impérativement le lieu travail s'il est différent du siège o l'établissement
est excu de la mensualisation de la pale: O Uli O Non si oui en qualité de saisonnier: C Oui O Non est rémunéré à la tâche : C Oui O Non est soumis à un horaire d'équivalence : C Oui O Non Demande des exonérations de cotisations patronales pour l'emploi :	Renseignez les éléments du contra cadre, saisonnier, rémunération à tâche (consultez l'aide en ligne)
	Suiveet

Complétez les champs suivants pour la déclaration à la Médecine du travail

car elles conditionnent la convocation de votre salarié à un examen de m	e que soit la édecine du t
Les champs suivis du symbole * sont obligatoires.	
Dans les 6 mois précédant l'embauche, le salarié a-t-il été déclaré	
apte par un médecin du travail pour un emploi identique * ? :	C Oui C
Le salarié a-t-il un handicap reconnu * ? :	O Oui C
S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours *? :	O Oui O
Conditions de travail prévues à l'embauche :	
Travail dans le bruit :	O Oui C
Conduite de véhicules lourds, engins agricoles ainsi que de chariots élévateurs	: O Oui (
Manipulation de charges lourdes :	
Travail de nuit	C Oui C
Manipulation de produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques :	O Oui C
Autres risques précisez	
Précédent Sui	

Renseignez les informations ci-dessous

