|  |
| --- |
| CLIENTAdresse ligne 1Adresse ligne 2 |
| CP VILLE |

**SECTEUR PRIVE**

**ATTESTATION**

Vu les articles L5212-6 et R.5212-5 à R.5212-9 du Code du travail relatifs à l’exonération partielle de l’obligation d’emploi de travailleurs handicapés,

Je soussigné, XXXXXXXXXXXX, Directeur de l’Entreprise Adaptée XXXXX

N° du Contrat d’objectif triennal :

**Atteste que**

L’entreprise : XXXXXXXX

SIRET : WWWWW

Sise : XXXXXXXX

 XXXXXXXX

A répondu partiellement à son obligation d’emploi de travailleurs handicapés par les commandes passées à notre établissement sur l’année 2017 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de contrat** | **Contrat de fournitures, de sous traitance ou de prestation de service** | **Contrat de mise à disposition de travailleur handicapé** |
| a) montant Hors Taxes | **A** € | **A** € |
| b) Montant des déductions  (**coûts des matières premières, produits, matériaux, consommations et des frais de ventes)** |  B € |  B € |
| c) Montant des déductions restant à prendre en considération pour le calcul de l’équivalence (a-b) : | C =A-B € | C =A-B € |
| Calcul de l’équivalence | Chiffre d’Affaires Utile (C) .19 520 | Chiffre d’Affaires Utile (C) .15 616 |
| Résultat du calcul de l’équivalence (U.B.) |  XX, XX UB |  XX, XX UB |

Fait à XXXXXXXXXXXXX, le XXXXXXXXXXXXXXXXX.

Le Directeur,

**SECTEUR PUBLIC**

**ATTESTATION**

Vu les articles L5212-6 et R.5212-5 à R.5212-9 du Code du travail relatifs à l’exonération partielle de l’obligation d’emploi de travailleurs handicapés, vu le décret 2016-783 du 10 juin 2016

Je soussigné, XXXXXXXXXXXX, Directeur de l’Entreprise Adaptée XXXXX

N° du Contrat d’objectif triennal :

**Atteste que**

La Fonction Publique / l’établissement public : XXXXXXXX

Sise : XXXXXXXX

 XXXXXXXX

A répondu partiellement à son obligation d’emploi de travailleurs handicapés par les commandes passées à notre établissement sur l’année 2017 :

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de contrat** | **Contrat de fournitures, de sous traitance ou de prestation de service** |
| a) montant Hors Taxes | **A** € |
| b) Montant des déductions : (**coûts des matières premières, produits, matériaux, consommations et des frais de ventes)** |  B € |
| c) Montant des déductions restant à prendre en considération pour le calcul de l’équivalence (a-b) : | C =A-B € |
| Calcul de l’équivalence | Chiffre d’Affaires Utile (C) .17 376 |
| Résultat du calcul de l’équivalence (U.B.) |  XX, XX UB |

Fait à XXXXXXXXXXXXX, le XXXXXXXXXXXXXXXXX.

Le Directeur,