

FORMULAIRE DE GESTION DE L'ACTIVITÉ D'UN SALARIÉ

À compléter et transmettre à dcvp-rdv@marseille.fr avec les pièces justificatives nécessaires.

1. NATURE DE LA DEMANDE

☐ Déclaration de début d'activité ☐ Déclaration de fin d'activité ☐ Changement d'ADS

2. INFORMATIONS SUR LE SALARIÉ

Nom : Prénom(s) :

N° Carte professionnelle : Date de naissance :

Téléphone : Mail :

Type de contrat :

☐ Contrat en CDI

☐ Contrat en CDD Date de début : Date de fin :

3. INFORMATIONS SUR L'EMPLOYEUR

Nom / raison sociale :

SIREN / SIRET :

Téléphone : Mail :

4. ADS CONCERNÉES

Numéro d'ADS	Numéro d'ADS	Numéro d'ADS	Numéro d'ADS	Numéro d'ADS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
☐ ajout	☐ ajout	☐ ajout	☐ ajout	☐ ajout
☐ suppression	☐ suppression	☐ suppression	☐ suppression	☐ suppression

Numéro d'ADS	Numéro d'ADS	Numéro d'ADS	Numéro d'ADS	Numéro d'ADS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
☐ ajout	☐ ajout	☐ ajout	☐ ajout	☐ ajout
☐ suppression	☐ suppression	☐ suppression	☐ suppression	☐ suppression

Signature de l'employeur :



VILLE DE
MARSEILLE

Division Taxis et Opérateurs
45 Rue Aviateur Le Brix 13233 Cedex 20
Secrétariat : 04 13 94 86 60