

Attestation ☐
rectificativeFEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL ☐

L'EMPLOYEUR

chez OCP Business Center 4

N° téléphone
(facultatif) 0685530120

S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

L'ASSURE(E)

MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif) 00010

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

9 2 3 1 0 SEVRES
Code Postal Commune

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE Consultant en système d'information

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date de reprise anticipée du travail

Activité à temps partiel : pour motif médical ☐ pour raison personnelle ☐

DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)

► CAS GENERAL :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs

569.01

👉 si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils

► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :

- indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs

 si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

PRECEDANT
LA DATE DU
DERNIER JOUR
DE TRAVAIL
MENTIONNEE
CI-DESSUS

SALAIRES DE REFERENCE

[illegible]**MATERNITE** (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée)

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION

(à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande)

Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal.
Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.

Signature de la personne assurée qui demande le congé

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

IBAN de l'employeur
(Saisir, sans espace, vos coordonnées bancaires)

du au

et domiciliation

le 2 2 1 1 2 0 2 3

Signature de l'employeur

Nom du signataire et qualité	ELLOUZE Mohamed Directeur
------------------------------	------------------------------

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus. (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-14 du Code de la sécurité sociale.

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

ATTESAL-BIS S3201p