

**ATTESTATION DE SALAIRE
DÉLIVRÉE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS
D'UNE INTERRUPTION DE TRAVAIL CONTINUE SUPÉRIEURE À 6 MOIS**

(Article R. 313-3, 2° du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION			
ADRESSE			
Code Postal		Commune	
N° TELEPHONE			
adresse électronique			
(facultatif)			
Numéro SIRET			S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case ☐

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION		MATRICULE DANS L'ENTREPRISE	
		(facultatif)	
NOM et PRENOM			
(nom de famille (de naissance), suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)			
ADRESSE			
Code Postal		Commune	
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE			

LES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail

Indiquer :

soit le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le(la) salarié(e) au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail

€

soit le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail

h

Fait à

le

Signature de l'employeur

Nom du signataire

Qualité

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 3, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L 162-1-14 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.