

# ATTESTATION DE SALAIRE DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS D'UN ARRET DE TRAVAIL SE PROLONGEANT AU DELA DE 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° c.].]@}^

Numéro SIRET  adresse électronique (facultatif)

## L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION  NUMERO 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

**Indiquez l'un des :**

► le montant des cotisations sociales cotisées par l'employeur au cours des 12 mois précédant la date d'interruption de travail  €

**ou**

► le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois précédant la date d'interruption de travail  h

Fait à  le  Signature de l'employeur

Nom du signataire

Qualité

*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, 441-1 et suivants du Code pénal).*

*En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration 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. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.*

*La loi n° 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.*