

No 11136*02

(Art. R 313-3 2° a et b du Code de la Sécurité Sociale)

EMPLOYEUR

NOM - PRENOM ou DENOMINATION			
ADRESSE			
N° TELEPHONE			
	Code postal		
Numéro SIRET			S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case <input type="checkbox"/>

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION		MATRICULE DANS L'ENTREPRISE	
NOM PATRONYMIQUE - PRENOM <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)</i>			
ADRESSE			
	Code postal		
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE			

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 salarié au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail euros

et le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le salarié au cours des 6 premiers mois de cette même période euros

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

et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée.

Fait à		le	
Nom du signataire			
Qualité			

Signature de l'employeur