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

ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION MATRICULE DANS L'ENTREPRISE

NOM PATRONYMIQUE - PRENOM
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

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*

* si les montants sont exprimés en euros, cochez la case. Si les montants sont exprimés en francs, la case reste vierge.

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