CAPSSA

ATTESTATION DE CHANGEMENT DE SITUATION DES AGENTS EN INVALIDITE

NOM: ..... PRENOM: .....

NOM DE NAISSANCE: ..... N° S.S.:

- ***REPRISE D'ACTIVITE*** **Date *: .....***

Horaire d'activité en centièmes: ..... Base horaire de rémunération en centièmes: .....

Salaire mensuel brut correspondant : .....

- ***CESSATION DE REMUNERATION***

Date *: ..... **Motif: .....**

- ***CHANGEMENT D'HORAIRE D'ACTIVITE*** **Date *: .....***

Nouvel horaire d'activité en centièmes: ..... Base horaire de rémunération en centièmes: .....

Ancien horaire d'activité en centièmes: ..... Base horaire de rémunération en centièmes: .....

- ***ARRET DE TRAVAIL REMUNERE A TEMPS COMPLET***

Période *du* ..... *au*.....

Base horaire de rémunération en centièmes: .....

- ***ARRET DE TRAVAIL NON REMUNERE***

Période *du* ..... *au*.....

Affaire suivie par : ..... ☎ .....

E-mail : ..... Nom du signataire : .....

Fait le .....à.....

Signature **Cachet de l'Organisme**