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 .....

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

  Période du ..... au .....

Affaire suivie par : ..... ☎ .....

Qualité du signataire : ..... Nom du signataire : .....

Fait le .....à.....

Signature **Cachet de l'Organisme**

08/2009