



ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITES JOURNALIERES

N° 11135*04
ATTSAL-BIS

MALADIE MATERNITE PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION
FEMME ENCEINTE DISPENSEE DE TRAVAIL

Attestation
rectificative

(Art. L. 323-4, L. 331-3, L. 331-7 et 8, L. 333-1, R. 313-3, R. 313-7, R. 323-4, R. 323-6, R. 323-8, R. 323-10 et R. 331-5 du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION RESTAURANT

ADRESSE 47 QUAI CHARLES PASQUA
 9 2 3 0 0 LEVALLOIS - PERRET N° téléphone (facultatif)
Code Postal Commune

Numéro SIRET 4 4 9 3 3 1 1 6 4 0 0 0 3 7 S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION 1 0 0 0 8 6 9 2 6 6 1 2 9 9 7 MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)

NOM et PRENOM SASSI ADAM
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

ADRESSE 25 RUE EDOUARD VAILLANT
 9 2 3 0 0 LEVALLOIS - PERRET
Code Postal Commune

EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE RESPONSABLE ALIMENTAIRE

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail 2 8 0 4 2 0 2 3 Situation à la date de l'arrêt activité Date de reprise anticipée du travail

Activité à temps partiel : pour motif médical pour raison personnelle

DUREE DU TRAVAIL OU MONTANT DES SALAIRES BRUTS SOUMIS A COTISATIONS SOCIALES (lire attentivement la notice au verso)

► CAS GENERAL : - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs 477,51
 ↳ si ce nombre est inférieur à 150, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 6 mois civils

► SI L'ACTIVITE PRESENTE UN CARACTERE SAISONNIER OU DISCONTINU ET SI LES CONDITIONS DU CAS GENERAL NE SONT PAS REMPLIES (voir notice) :
 - indiquez le nombre d'heures de travail effectuées par votre salarié(e) au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs
 ↳ si ce nombre est inférieur à 600, indiquez le montant des salaires bruts soumis à cotisations au cours des 12 mois civils

} PRECEDANT LA DATE DU DERNIER JOUR DE TRAVAIL MENTIONNEE CI-DESSUS

SALAIRES DE REFERENCE

PERIODES DE REFERENCE :		SALAIRES	L'ASSURE(E) A ETE ABSENT(E) PENDANT LA PERIODE DE REFERENCE ET NE BENEFICIE PAS D'UN MAINTIEN DE SALAIRE				TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE			
CAS GENERAL : 3 mois civils ACTIVITE SAISONNIERE ou DISCONTINUE : 12 mois civils			Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures prévues par le contrat de travail	Salaire rétabli		Perte de salaire (indiquez le montant brut)		
du	au	1					2		3	4
0 1 0 3 2 0 2 3	3 1 0 3 2 0 2 3	Montant du salaire selon le cas : - brut <input checked="" type="checkbox"/> - réduit de 21 % <input type="checkbox"/>								
0 1 0 2 2 0 2 3	2 8 0 2 2 0 2 3	2940,20								
0 1 0 1 2 0 2 3	3 1 0 1 2 0 2 3	2894,50								
		2978,01								

MATERNITE (à signer, au début du repos prénatal, par l'assurée) Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.	PATERNITE - ACCUEIL DE L'ENFANT - ADOPTION (à signer au début du congé par la personne assurée qui le demande) Je m'engage à cesser mon travail pendant la durée de ce congé légal. Dans le cas contraire, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de cet arrêt.
--	--

Signature de la personne assurée qui demande le congé

SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation : du _____ au _____

IBAN de l'employeur (Saisir, sans espace, vos coordonnées bancaires) _____
 et domiciliation _____

Fait à LEVALLOIS - PERRET le 2 8 0 4 2 0 2 3 Signature de l'employeur

Nom du signataire et qualité M Lilian COMBOURIEU
GERANT