

Attestation sur l'honneur (Employeurs dont le contrat est terminé, rompu) 2019/2020

Numéro de sécurité sociale :	
Nom et prénom :	Adresse mail :
Adresse postale	

Date de l'arrêt de travail : du : au :

Nom des employeurs :

Nom de l'employeur	Adresse	Date d'embauche	Date de fin de contrat :

J'atteste sur l'honneur avoir travaillé pour ces employeurs et avoir été licenciée aux dates citées ci-dessus (Mon activité pour ces employeurs rentre dans le cadre du calcul de mes indemnités journalières pour les 12 derniers mois avant l'arrêt maladie).

Fait à : Le

Signature de l'assuré :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis, et m'engage à signaler à la CPAM tout changement qui pourrait survenir dans ma situation. Je déclare avoir pris connaissance des sanctions prévues en cas de fraude ou de fausse déclaration (code pénal : art : 313-1, 313-3, 433-19, 441-6, 441-7) et par (le code de la sécurité sociale : Art L162-1-14).