

Attestation sur l'honneur

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

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

Nom des employeurs actuels et date d'arrêt de travail et de reprise :

Nom de l'employeur	Adresse	Date du dernier jour de travail	Date de la reprise :

J'atteste sur l'honneur avoir cessé mon activité salariée auprès de tous mes employeurs ci-dessus durant cet arrêt.

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).

