

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné

(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

Certifie que :

Nom :Prénom.....

N° Sécurité Sociale

a travaillé à temps partiel durant le mois de, vous devez nous communiquer :

▪ pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique la perte de salaire

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

**** Perte de salaire :** Différence entre le salaire théorique brut si l'assuré avait travaillé à temps complet (salaire tel qu'il serait dû à la victime selon son temps de travail habituel avec les primes) et le salaire brut effectivement perçu à temps partiel thérapeutique (salaire tel qu'il est versé à la victime avec les primes).

▪ pour chaque période de congé ou arrêt de travail temps complet : les dates et motifs d'absence :

du/...../..... au/...../..... au motif de :

du/...../..... au/...../..... au motif de :

du/...../..... au/...../..... au motif de :

Pendant l'arrêt de travail à temps partiel, merci de préciser si vous effectuez le maintien du salaire à votre salarié (cocher la case correspondante) :

☐ le versement de son salaire lui a été maintenu

☐ le versement de son salaire ne lui a pas été maintenu

Date :

Cachet de l'employeur