

avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)

**volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI**

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil (art L.1624-1-ter, L.1624-4, L.3152, L.321-1-Sécurité sociale, L.3236, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, R.441-10, L.433-1, R.433-15, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation

14301031613741641121

nom et prénom HARCU Romain
(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) : *chez le docteur lezat*

code postal 16830

ville Foulayronnes

n° téléphone 066031531

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) *L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence*salarié(e) fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e) artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi date de cessation d'activité :
précisez votre situation (voir notice ①)l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui date : 11/11/2015 non **MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR**

**dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai
afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salari(e).**
l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

n° téléphone

e.mail :

adresse CDC Gendarmerie Charente

les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : HARCU Romain

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : *du 10 au 20 septembre 2015*
- (à compléter obligatoirement)
- et
- en chiffres *10359170231*

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ②)sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée*sorties autorisées : oui à partir du *10/09/2015* non (voir notice ④)sorties sans restriction : non oui à partir du *10/09/2015* (Voir notice ⑤)activité(s) autorisée(s) : oui à partir du *10/09/2015* non (Voir notice ⑥)et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du *10/09/2015* au *10/09/2015* (voir notice ⑦)sans rapport** en rapport** avec un accident de travail, maladie professionnelle

Date AT/MP :

*** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée*identification du praticien
(nom et prénom)

DOCTEUR GLAVIER MARION

date 21/08/2015

signature du praticien

=> 161600572

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

PRN-BIS S 31161