

avis d'arrêt
de travail initial de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art L.162-4-1-1er al, L.162-44, L.3152, L.321-1-5ème al, L.326-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, 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)

numéro d'immatriculation 1 6 2 0 9 1 6 0 1 5 0 5 0 0 4

nom et prénom LALUT PASCAL

(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale) 0 1 1 6 1 1 6 0 1

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal ville n° téléphone :

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

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situationl'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date 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 salariée(e).**

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale mairie d'Aussac Vadalle n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : LALUT PASCAL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : dimanche 20 décembre 2020	(à compléter obligatoirement)	inclus
et	- en chiffres 2 0 1 2 2 0 2 0	

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse
* une des deux cases doit être obligatoirement cochéesorties autorisées: oui à partir du 1 6 1 1 2 0 2 0 non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du 1 6 1 1 2 0 2 0

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien

(nom et prénom)
Dr MARTIN Jean-Bruno

identifiant 1 0 0 0 2 6 8 9 0 1 5

date 1 6 1 1 2 0 2 0 signature du praticien

16112020

PRN-PRE S3116g

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).