

ATTESTATION EMPLOYEUR 90 jours d'arrêt consécutifs

Attestation sur l'honneur

L'entreprise (raison sociale).....

Dont le siège est localisé :

Adresse :

Code postal : Ville :

SIRET :

Atteste sur l'honneur que :

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom de naissance en majuscules :

Prénom :

Salarié (e) en notre sein depuis le ____/____/____ est en arrêt de travail consécutif (rémunéré ou non)
depuis le ____/____/____.

**Nous attestons sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande
et avoir pris connaissance des risques encourus en cas de fausse déclaration.**

Nous nous engageons :

- À faciliter toute enquête pour les vérifier ;
- À signaler immédiatement tout changement de situation, en particulier la reprise d'activité professionnelle de ce collaborateur ;
- D'avoir retranscrit cet arrêt maladie dans la DSN.

Fait à :

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature et cachet de l'entreprise :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.



Si vous vous êtes trompé, signalez-le-nous : nous corrigerons les données concernées.
Si cette rectification change le montant des prestations que vous recevez, vous ne serez pas sanctionné : vous devez seulement rembourser les sommes perçues en trop.