



N° 11136*02
DIAD

ATTESTATION DE SALAIRE
DELIVREE PAR L'EMPLOYEUR DANS LE CAS
D'UNE INTERRUPTION DE TRAVAIL CONTINUE SUPERIEURE A 6 MOIS

(Art. R. 313-3, 2°, a et b du Code de la sécurité sociale)

L'EMPLOYEUR

NOM et PRENOM ou DENOMINATION			
ADRESSE			
Code Postal		Commune	
		N° TELEPHONE (facultatif)	
Numéro SIRET		S'il s'agit d'une entreprise de travail temporaire, cocher cette case <input type="checkbox"/>	

L'ASSURE(E)

N° D'IMMATRICULATION		MATRICULE DANS L'ENTREPRISE (facultatif)	
NOM et PRENOM (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(e))			
ADRESSE			
Code Postal		Commune	
EMPLOI ou CATEGORIE PROFESSIONNELLE			

LES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ETUDE DES DROITS

Date du dernier jour de travail

Indiquer :

soit le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le(la) salarié(e) au cours des 12 mois civils précédant la date d'interruption de travail

et le montant des cotisations versées au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès assises sur les rémunérations perçues par le(la) salarié(e) au cours des 6 premiers mois de cette même période

soit le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant la date d'interruption de travail

et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée.

Fait à		le		Signature de l'employeur
Nom du signataire				
Qualité				

DIAD S3202e