



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 (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	<input type="text"/>
	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	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
	et le nombre d'heures de travail salarié ou assimilé au cours des 3 premiers mois de la période considérée.	<input type="text"/>

Fait à		le		Signature de l'employeur
Nom du signataire				<input type="text"/>
Qualité				

DIAD S3202e