

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL

L'employeur soussigné (NOM)

Adresse :

.....

• déclare que M..... (NOM, Prénom)

N° de Sécurité Sociale.....

est employé(e) dans son établissement en qualité de :

- Fonctionnaire de l'Etat à temps complet
- Agent non-titulaire de l'Etat à temps complet
- Agent contractuel à temps complet - temps incomplet (rayer la mention inutile)
- Autres :

(cocher la case correspondante)

sur une base annuelle :

- de plus de 900 heures par an
- de plus de 333 heures d'enseignement par an
- par contrat à durée déterminée du au
- par contrat à durée indéterminée

(cocher les cases correspondantes)

• déclare que le salaire qui lui est versé est :

- inférieur
au plafond de Sécurité Sociale (montant du plafond : €)
- supérieur

(cocher la case correspondante)

• renonce au bénéfice du prorata visé aux articles L 242.3 et R 242.3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les cotisations sont versées à l'U.R.S.S.A.F. de (Dépt)

sous le N°

Fait à..... le,

Cachet de l'Employeur

NOM et Signature
de l'employeur