

# ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL

Année 20 - 20

\*\*\*\*\*

L'employeur soussigné .....(NOM)

Adresse : .....

.....

• déclare que M.....(NOM, Prénom)

N° de Sécurité Sociale.....

**est employé(e) dans son établissement depuis le**

**en qualité de :**

Fonctionnaire ou agent contractuel - quotité :

Salarié du secteur privé – quotité :

Autres : .....

(cocher la case correspondante)

sur une base annuelle :

de plus de 900 heures

de plus de 215 heures d'enseignement ou de formation

Et

par contrat à durée déterminée du ..... au .....

par contrat à durée indéterminée depuis le :

(cocher les cases correspondantes)

• déclare que le salaire qui lui est versé est :

inférieur

au plafond de Sécurité Sociale

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