

avis d'arrêt de travail

initial de prolongation (*)

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOI

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation **1550121 05401714**

nom et prénom **PARENT FRANÇOIS**
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement *(voir votre attestation papier Vitale)*

adresse où le malade peut être visité *(si différente de votre adresse habituelle) (1) :* **5 GRANDE RUE**

code postal **21630** ville **POMMAREY** n° téléphone : **0380226185**

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée fonctionnaire profession indépendante activité non salariée agricole

sans emploi date de cessation d'activité précisez votre situation

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui date non

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale **DOMAINE AF GROS** n° téléphone : **0380226185**

adresse **5 GRANDE RUE - 21630 POMMAREY** e.mail : **af-gros@wanadoo.fr**

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **FRANÇOIS PARENT**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **04062015** } inclus

*- en toutes lettres :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres*

sans rapport* en rapport* avec un état pathologique résultant de la grossesse
** une des deux cases doit être obligatoirement cochée*

sorties autorisées: oui à partir du non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du au

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

identification du praticien
(nom et prénom)

identifiant

date signature du praticien

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON
POLE NEUROSCIENCES
UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE
BOCAGE CENTRAL - NIVEAU 2
14, rue Gaffarel - BP 77 908
21079 DIJON Cedex

PRN-PRE S3116g