



avis d'arrêt de travail

n°10170*05
PRN-PRE

initial de prolongation (*)

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

art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, L.3152, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, 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 1584221054435113

nom et prénom MONGIN Pascal
(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) 022150000

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

code postal 21700 ville MAGNY-LES-VILLERS n° téléphone : 03-80-62-9376

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 GROS-A-F n° téléphone : 03-80-22-61-85
e.mail : _____

adresse 5, grande Rue
21630 POMMARD

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Dr Thierry PRAUDEL

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____ inclus
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : avant le 20/11/2016
et
- en chiffres : 02/12/2016

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 19/11/2016 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 _____

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____

identification du praticien

(nom et prénom)

Docteur PRAUDEL Thierry

date 21/11/2016 signature du praticien

=> 21 1 02507 7

PRN-PRE S3116g