

# avis d'arrêt de travail

initial  de prolongation (\*)

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

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil  
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, 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, R.441-10, L.433-1, R.433-15, 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) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation **2911099139618171**

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

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

code postal **79100** ville **SAINT-JEAN-DE-FOURCHES** n° téléphone **06 61 38 31 31**

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

salarié(e)     fonctionnaire     profession indépendante     non salarié(e) agricole     élu(e) local(e)

artiste-auteur(e) affilié(e) Mda/AGESSA     sans emploi     date de cessation d'activité :  /  /   
précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : 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 **SAS BOULEVARD** n° téléphone

adresse **15 rue de la République 79100 St-Jean-de-Fourches** e.mail :

### les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **L. LEITE TANIA**

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au **26/06/2024** inclus  
(à compléter obligatoirement)  
- en toutes lettres :  
et  
- en chiffres

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)  
sans rapport\*  en rapport\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle    Date AT/MP :  /  /

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées :    oui     à partir du **22/06/2024**    non     (voir notice 4)

sorties sans restriction :    non     oui     à partir du  /  /     (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) :    oui     à partir du  /  /     non     (voir notice 6)

• et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du  /  /  au  /  /   
(voir notice 7)

sans rapport\*\*  en rapport\*\*  avec un accident de travail, maladie professionnelle    Date AT/MP :  /  /

\*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

**Dr BUCCO Lucie**  
Médecin Urgentiste  
RPPS 19100608008

**Dr L. BUCCO**  
URGENCES SMUR  
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE

date **22/06/2024** signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)