cerfa

n°10170*06
PRN-PRE

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.162-4-4, 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 2 8 4 0 8 9 9 1 3 9 2 2 4 9 7

nom et prénom Machado Garcia Lilia
(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) :*

code postal 21200 ville Beaune n° téléphone : 0670372366

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 n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Machado Lilia

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
  - *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* Vingt deux mars 2020
  - **et**
  - *en chiffres* 22 03 20 20

inclus

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 15 03 2020 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 BAUDRILLART XAVIER

date 14 03 2020 signature du praticien

=> 21 1 00429 6

PRN-PRE S3116h

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et

Imp. HAULT EPPE SOLUTIONS - 35140 Aigurande - T2HB3227L3/19
005660 - 25777 - 213111