[NOM Prénom]

[Adresse]

[Code Postal – Ville]

N° tel :

@ :

Numéro de sécurité sociale et clé :

CPAM [Numéro de département]

[Adresse]

[Code Postal – Ville]

Madame, Monsieur,

Je soussigné-e [NOM Prénom] déclare sur l’honneur que mon dernier jour de travail est le [date] et être en arrêt de travail au titre :

d’un arrêt maladie

d’un congé de maternité

d’un congé de parentalité

d’un congé de deuil

Je m’engage à vous signaler tout changement intervenu dans ma situation après la transmission de la présente déclaration et à cesser toute activité professionnelle pendant la durée de cette période.

Fait le /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/, à [Localité]

[Signature]