

avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation

volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou à
l'ASSEDIC

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5, L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, D.615-23 et D.615-42 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 1 9 3 0 5 1 3 0 0 1 1 8 6 4 7

nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se)) OLIVEIRA

prénom BENJAMIN

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier vitale) 0 1 1 3 1 0 4 0 3

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

code postal ville n° de téléphone :

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 ☒ profession indépendante ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait suite à un accident causé par un tiers (voir notice 2) oui ☐ date non ☒

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale

adresse

n° téléphone :
e.mail :

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : OLIVEIRA BENJAMIN

et prescrit un arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) : vingt-quatre mars deux mille vingt-deux inclus

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 4)

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☒ à partir du 2 2 0 3 2 0 2 2 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice 5)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice 5 bis)

reprise à temps partiel pour raison médicale ☐ à partir du (voir notice 6)

(art. L.323-3 du Code sécurité sociale)

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).

date 2 2 0 3 2 0 2 2

signature du praticien

identification du praticien (nom, prénom et n° ADELI et/ou n° RPPS)

Docteur BOCHECIAMPE FABIEN

N° RPPS : 10100549194

correspondance éventuelle destinée à l'employeur