

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 1183105130021186147

nom et prénom OLIVEIRA Benjamin

(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 ville

n° 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 ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐sans emploi ☐ date de cessation d'activité : précisez votre situationl'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 FR2

n° téléphone :

e.mail :

adresse 114 Avenue des Chasseurs 13120 Gardanne

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 :
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1217106120118

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 : 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 13062018

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

identification du praticien
(nom et prénom)

Dr MARIE ANGE VIVALDI

date 13062018

signature du praticien

=> 13 1 18783 3

PRN-PRE S3116g