

Identification du titulaire

Nom : N° registre national :

Prénom : N° inscription (OA) :

Adresse :

.....

Début de l'incapacité de travail : / /

A remplir par l'employeur ou le bureau de chômage

Je soussigné(e) déclare que, par la suite de maladie, la personne reprise ci-dessus a cessé le :

travail chômage le / /

et reprendra a repris celui-ci le / /

Identification de l'employeur
ou du bureau de chômage (cachet) :

Certifié sincère,

Date : / /

Signature :