

DECLARATION DE SORTIE DES EFFECTIFS

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'EMPLOYEUR
EN CAS DE SORTIE DES EFFECTIFS D'UN SALARIE

SERVICE RECOUVREMENT COTISATIONS

☎ (+ 3 7 7) 9 3 . 1 5 . 4 9 . 6 2

Monaco, le

EMPLOYEUR

NOM OU RAISON SOCIALE :

N° AFFILIATION : ☎

SALARIE

NOM :

PRENOM : MATRICULE :

DATE DE SORTIE PHYSIQUE :
(dernier jour travaillé)

...../...../.....

DATE DE SORTIE ADMINISTRATIVE :
(correspond au dernier jour du préavis ou des congés payés terminaux)

...../...../.....

N.B. – En cas de préavis non effectué ou de congés payés terminaux non pris, les heures correspondantes doivent être ventilées au cours du ou des mois suivant la cessation d'activité pour déterminer la date de sortie administrative.

IMPORTANT

Le présent imprimé devra **impérativement** être retourné au Service Recouvrement des Cotisations au plus tard dans les **7 jours** qui suivent la sortie administrative. Passé ce délai, toute prestation indûment servie au salarié sera susceptible d'être mise à la charge de l'employeur.

Cadre réservé au Service

Date de réception

Nom et qualité du signataire :

.....
.....

Signature :