



ATTESTATION D'ABSENCE
pour le paiement des indemnités journalières

À remplir par l'employeur

L'employeur soussigné : N°

atteste que M / Mme N° d'immatriculation

a cessé son travail le / / pour cause de

A repris son travail à mi-temps thérapeutique le / /

A repris son travail à temps complet le / /

N'a pas repris son travail

Les salaires (primes ponctuelles incluses) et l'activité correspondant aux périodes antérieures à l'interruption de travail s'élèvent :

	Mois	Salaires	Heures
• au cours du mois précédent	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
• au cours du mois de l'arrêt de travail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dans le cas où l'employeur a demandé le versement direct du montant des indemnités journalières

N° Attributaire

L'employeur atteste en outre, que cette interruption (*) en rapport avec un accident, survenu à l'occasion du travail ou du trajet entre le lieu de travail et le domicile.

Fait à Monaco, le

Signature et cachet de l'employeur

(*) à compléter par **EST** ou **N'EST PAS**

À remplir par l'assuré

Nombre d'enfant(s) à charge dans le foyer :

Si l'interruption de travail est d'une durée inférieure à quinze jours, déposer cette attestation à la CCSS dès la reprise d'activité.

Si l'interruption est supérieure à quinze jours, déposer une attestation d'absence à la CCSS toutes les deux semaines ainsi que lors de la reprise d'activité.

GA -201908121451