



CAPSSA

DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION DU SALARIÉ EN INVALIDITÉ

1. IDENTITÉ

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale

Nom de naissance..... Prénom(s)

2. REPRISE D'ACTIVITÉ

Date Horaire d'activité en centièmes

Base horaire de rémunération en centièmes

Salaire mensuel brut correspondant

3. CESSATION DE RÉMUNÉRATION

Date Motif

4. CHANGEMENT D'HORAIRE D'ACTIVITÉ

Date Nouvel horaire d'activité en centièmes

Base horaire de rémunération en centièmes

Ancien horaire d'activité en centièmes

Base horaire de rémunération en centièmes.....

5. ARRÊT DE TRAVAIL RÉMUNÉRÉ A TEMPS COMPLET

Période du au

Base horaire de rémunération en centièmes

6. ARRÊT DE TRAVAIL NON RÉMUNÉRÉ

Période du au

Affaire suivie par Nom du signataire

Téléphone Courriel@.....

Fait à le Cachet de l'Organisme

V09.2023 b300u

