**CAPSSA**

# ATTESTATION DE CHANGEMENT DE SITUATION DES AGENTS EN INVALIDITE

**NOM : ……. PRENOM : ----------**

**NOM DE NAISSANCE : ……. N° S.S.:**

- ***REPRISE D'ACTIVITE :*** **Date : .....**

  **Horaire d'activité en centièmes : ……. Base horaire de rémunération en centièmes : ……..**

  **Salaire mensuel brut correspondant : .....**

- ***CESSATION DE REMUNERATION :***

  **Date : ..... Motif : .....**

- ***CHANGEMENT D'HORAIRE D'ACTIVITE :*** **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 : ……..**

- ***ARRET DE TRAVAIL REMUNERE A TEMPS COMPLET :***

  ***Période du ..... au .....***

- ***ARRET DE TRAVAIL NON REMUNERE :***

  ***Période du ..... au .....***

**Affaire suivie par : ..... ☎ .....**

**Qualité du signataire : ..... Nom du signataire : .....**

**Fait le .....à.....**

**Signature** **Cachet de l'Organisme**

**08/2009**