

**1-L'employeur**

Nom de l'entreprise : _____

Code employeur : _____

2-Gestion du contrat de travail

Gestionnaire (Nom, Prénom) : _____

Tél. : _____ E-mail : _____

3-Identification de l'affilié

N° sécurité sociale : _____

N° affilié (obligatoire) : _____ -00- _____ Date de naissance : _____

Nom : _____ Prénom : _____

4-Services insalubres accomplis

Du	Au	Nature nuisances	%	Nb heures	Forfait	Commentaires

Je soussigné(e) _____ en qualité de _____

déclare avoir reçu mandat de l'employeur sus-désigné pour faire la présente déclaration,
et certifie exact les services accomplis.

Fait à _____, le _____

Cachet et signature de l'employeur
ou de son représentant