l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

INDEMNISATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL POUR UN DEMANDEUR D'EMPLOI

Je soussigné.e

Nom : _____

Prénom : _____

Nom marital : _____

Adresse :_____

_____

_____

Numéro d'immatriculation (N° de Sécurité sociale) :

|_|_|_