



CAISSE NATIONALE
DE SÉCURITÉ SOCIALE

CERTIFICAT DE CESSATION DE TRAVAIL

Je soussigné M./Mme :

agissant en qualité de :

auprès de l'employeur :

Nom / Raison Sociale :

Numéro Cotisant :

Secteur d'activité :

Quartier :

N° Rue :

N° Porte :

B.P. :

Tél. :

E-mail :

Lieu dit :

Atteste que le salarié :

Nom du salarié :

Prénom du salarié :

Numéro de téléphone du salarié* :

Numéro Assuré :

embauché dans notre structure depuis le

Date

Jour

Mois

Année

a cessé toutes activités à partir du

Date

Jour

Mois

Année

Au motif de :

☐

Fin de contrat

☐

Démission

☐

Licenciement

☐

Changement de Catégorie Socio professionnelle (fonctionnaire)

☐

Ferméture de la société

☐

Autres

A préciser

☐

Départ à la retraite

☐

Abandon de poste

☐

Départ volontaire

☐

Incapacité physique

☐

Décès

NB : Les informations portées sur le présent certificat engagent la responsabilité du déclarant.

Tout Certificat non conforme sera purement et simplement rejeté.

***LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE CELUI DE L'ASSURÉ**

Fait à

Date

Jour

Mois

Année

Signature et cachet Employeur Obligatoire :