

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL

Je soussigné(e) : *Nom, Prénom*

Qualité du signataire

Nom et adresse de l'établissement

Certifie que :

(nom et prénom du vacataire)

Numéro de sécurité sociale | | | | | | | | | |

Est salarié(e) de mon établissement en qualité de :

par contrat à durée déterminée du/...../..... au/...../.....

par contrat à durée indéterminée depuis le/...../.....

autre situation, précisez

Effectue sur une base annuelle :

au moins 900 heures de travail

333 heures d'enseignement ou de formation

Certifie que sa rémunération brute :

est inférieure au plafond des cotisations de la sécurité sociale

est supérieure au plafond des cotisations de la sécurité sociale

Renonce au bénéfice du prorata visé aux articles L 242.3 et R 242.3 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations sont versées à l'U.R.S.S.A.F de (Dépt)

Sous le N°.....

Fait à....., le

Cachet de l'employeur

Signature de l'employeur principal