Je soussigné(e) : ........................................................................................................

*(Nom et qualité du signataire)*

certifie que :

M...................................................................................................................................................

*(Nom et prénom)*

Numéro de Sécurité Sociale : \_\_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

* est employé(e) dans l’établissement suivant : ......................................................................

en qualité de : ..............................................................................................................................

(1) 🞏 à temps plein 🞏 à temps partiel (préciser le nombre d’heures annuel) : ....................

* qu’il/elle y exerce une activité professionnelle d’au moins 900 heures pour la période du :

1er septembre 2020 au 31 août 2021

* et que ses rémunérations (1) :

🞏 ne dépassent pas le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité Sociale

🞏 dépassent le plafond des cotisations au régime général de la Sécurité Sociale

🞏 sont soumises au régime fonctionnaire de la Sécurité Sociale (avec pension civile)

🞏 sont soumises à un régime particulier de Sécurité Sociale

Précisez la nature du régime : .........................................................

Régime de retraite (préciser) : .....................................................................................................

Référence du compte cotisant à l’URSSAF de l’employeur : ........................................................

L’intéressé(e) cotise-t-il/elle à l’IRCANTEC ? (1) OUI 🞏 NON 🞏

Fait à ...............................................................

le ......................................................................

Signature et cachet de l’employeur :