



AGENT DU SECTEUR PRIVÉ
ATTESTATION D'ACTIVITÉ SALARIÉE
(à compléter par l'employeur principal)

Réf. : BxINP-RH-F-02
Version 03 du 02/09/2019
Rédacteur : F. Chardonnet
Page 1

E N S C
E N S C B P
E N S E G I D
E N S E I R B
M A T M E C A
E N S P I M A
E N S T B B
E N S G T I *
ENSI Poitiers *
I S A B T P *
LA PREPA DES INP

* écoles partenaires



Avenue des Facultés
CS 60099
33405 Talence cedex
Tram B "Arts et Métiers"
Tél. : 05 56 84 61 00
www.bordeaux-inp.fr

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 :
1^{er} 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 :



(1) Cocher la case correspondante