الضمان الاجتماعي

SECURITÉ SOCIALE

Agence:	وكالة :
Centre de paiement :	مركز الدفع :
-	

شهادة العمل و الاجـر ATTESTATION DU TRAVAIL ET DE SALAIRE

الإسهر اللهب: DENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR	مركز اللغ	
Nom ct prénom : الأسمر والقعب Nom ct prénom : الأسمر والقعب Nom ct prénom : المسلمة الاجتماعية : Raison sociale : المسلمة الاجتماعية الاجتماعية : المسلمة الاجتماعية الاجتماعية الاجتماعية الاجتماعية الاجتماعية الاجتماعية Nom: Adresse :		
Nome t prénom : الطبيع اللغية : Raison sociale : الطبيعة الإجتماعية : Raison sociale : الطبيعة الإجتماعية : الصحيحة المستجدات IDENTIFICATION DU SALARIÉ		Y OVERVED
الطبيعة الإجتماعية : Raison sociale : الطبيعة الإجتماعية :	IDENTIFICATION DE L'EMP	LOYEUR
Raison sociale :	Nom et prénom :	الاسم و اللقب :
Adresse:	ou n° de l'adhérent	أو رقم المنخرط
الامم:	Raison sociale:	الطبيعة الاجتماعية :
الامم:	Adresse:	العنوان :
IDENTIFICATION DU SALARIÉ الأنج : الأنج : المعقومات المعق		
IDENTIFICATION DU SALARIÉ الأنج : الأنج : المعقومات المعق	هو ئة الأحبير	
اللقب :		LARIÉ —
الله التنه عشر (2) شيا الأوبياد : الله التحقيق عن العمل المدة : العملومات الضرورية للراسة الحقوق المجاورية الإربياة : المحقومات الضرورية للراسة الحقوق المحقومات الضرورية للراسة المحقومات الضرورية للراسة المحقومات المحقومات المحقومات المحقوم المحق	Nom:	الأسم :
الله التنه عشر (2) شيا الأوبياد : الله التحقيق عن العمل المدة : العملومات الضرورية للراسة الحقوق المجاورية الإربياة : المحقومات الضرورية للراسة الحقوق المحقومات الضرورية للراسة المحقومات الضرورية للراسة المحقومات المحقومات المحقومات المحقوم المحق	n° d'immatriculation	ر قم التسجيل
البغوان :		
Adresse:		
المعلومات الضرورية لدراسة الحقوق RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'ÉTUDE DES DROITS Date de recrutement: Date du dernier jour de travail: Date du dernier jour de travail: Date de reprise de travail: L'intéressé(e) n'a pas repris son travail à ce jour: EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL D'UNE DURÉE INFERIEUR À 06 MOIS ET EN CAS DE MATERNITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant: Jours heures Just Ju	. 1	1
RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'ÉTUDE DES DROITS Date de recrutement :	Des Constant	. 5: 10
RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES POUR L'ÉTUDE DES DROITS Date de recrutement :	ات الشرورية المارية المقرة	a to at
Date du dernier jour de travail :		
Date du dernier jour de travail :		•
Date de reprise de travail :		_
المؤمن اشتغل لمدة : وما المعال المدة تقل عن 6 أشهر أو في حالة الأمومة EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL D'UNE DURÉE INFERIEUR À 06 MOIS ET EN CAS DE MATERNITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures heures heures au : lu lu lu lu lu lu lu		•
EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL D'UNE DURÉE INFERIEUR À 06 MOIS ET EN CAS DE MATERNITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures heures in	L'intéressé(e) n'a pas repris son travail à ce jour :	المعني(ة) بالامر لم يستأنف العمل الى يومنا هذا:
EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL D'UNE DURÉE INFERIEUR À 06 MOIS ET EN CAS DE MATERNITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures heures in	عمل لمدة تقل عن 6 أشهر أو في حالة الأمومة	في حالة التوقف عن ال
L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures المؤمن اشتغل لمدة : الى : <	EN CAS D'ARRET DE TRAV	VAIL
du : الی : <t< td=""><td>D'UNE DURÉE INFERIEUR À 06 MOIS ET EN</td><td>N CAS DE MATERNITÉ -</td></t<>	D'UNE DURÉE INFERIEUR À 06 MOIS ET EN	N CAS DE MATERNITÉ -
عدد الثلاثة أشهر أو اثني (12) عشر شهرا من التاريخ الذي سبق معاينة المرض أو الحمل. الله التاريخ الذي سبق معاينة المرض أو الحمل. العجز EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures المومن اشتغل لمدة : يوما ساعة au : الى : يوما الثلاث سنوات التي عشر (12) شهرا أو (3) المنافذ التنافي عشر (12) شهرا أو (3) المنافذ التنافي عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التي عشر (13) المنافذ التنافي عشر (13) المنافذ التنافذ التنافذ التنافي عشر (13) المنافذ التنافذ التنا	L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures	
الى التاريخ الذي سبق معاينة المرض أو الحمل. على حالة التوقف عن العمل أكثر من 6 أشهر أو في حالة العجز EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures المؤمن اشتغل لمدة : يوما ساعة au : الى : الى : يوما الله (3) الثلاث سنوات التى عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التى		
في حالة التوقف عن العمل أكثر من 6 أشهر أو في حالة العجز في حالة التوقف عن العمل أكثر من 6 أشهر أو في حالة العجز EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures أمون اشتغل لمدة : يوما ساعة من : الى : يوما ساعة عدل الثني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التي	*	
EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures ألمؤمن اشتغل لمدة : يوما الى : الى : الى : الى : يوما الثاني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التى	la constatation de la maiadie ou de la grossesse.	الى التاريخ الذي سبق معينه المرض أو الحمل.
DÉPASSANT 06 MOIS OU EN CAS D'INVALIDITÉ L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures du : lw lw au : lw lw lw in itality au : lw lw in itality au cours des 12 mois ou des 03 années précédant heures heures lw invalidation la	*	•
L'assuré(e) a travaillé pendant : jours heures المؤمن اشتغل لمدة : du : الى : الى : الى : الى : الى : الى : الثاني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التى		
du: الى: الله الثاني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التى		
au cours des 12 mois ou des 03 années précédant خلال الثني عشر (12) شهرا أو (3) الثلاث سنوات التي		
	•	

طبقا لدفتر الحساب يؤخذ مبلغ الاجور المقبوضة و الفترات المناسبة في الجدول التالي : (1)

Conformément au livre de paie, le montant des salaires perçus et les périodes correspondantes sont portés sur le tableau ci-après : (1).

الشهر و السنة اللذان يؤخذان كمرجع	عدد الايام المعمول بها	سبب الغيابات	الاجر الخاضع للاشتراك	مبلغ الاشتراك (حصة العامل)
Mois et année de référence	Nombre de jours travaillés	Motif absences	Salaire soumis à cotisations (1)	Montant de la cotisation (part ouvrière)

Fait à :	برر بـ : : في : Le في :
Nom, prénom et qualité	إسم و لقب و صفة الموقع :
du signataire :	
Signatair	الأمضاء ،

ختم صاحب العمل ، Cachet de l'employeur

- (1) Indiquer les salaires tels qu'ils figurent sur les fiches de paie correspondantes
 - au mois précédant l'arrêt de travail, en cas de maladie, de maternité, ou de décès,
 - aux 12 mois précédant l'arrêt de travail, en cas d'invalidité,
 - aux 12 mois précédant l'accident de travail.

IMPORTANT: La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration.

- (1) أذكر الاجور كما هي مبينة في بطاقة الأجر الموافقة له:
- خلال الشهر الذي يلي التوقف عن العمل. في حالة مرض، أمومة، أو وفاة.
 - خلال 12 شهر االتي تلى التوقف عن العمل في حالة العجز.
 - خلال 12 شهر االتي تلي حادث العمل.

هام: كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.