

(art. L.162-4-1-1er al., L.162-44, L.315-2, L.321-1-50me al., L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 1 0 0 1 1 7 4 2 5 6 0 4 1 1 0
nom et prénom CARULLO ETIENNE
(nom de famille - de naissance -, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier V'itale) 0 1 7 4 1 4 1 6 2
adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
code postal 3 8 0 0 0 ville Grenoble n° téléphone : 06 70 17 04 33
bâtiment : _____ escalier : _____ étage : 3 appartement : _____ code d'accès de la résidence : A2015B
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence
activité salariée ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐
sans emploi ☐ date de cessation d'activité _____ précisez votre situation _____
l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? oui ☐ date _____ non ☒

MESSAGE A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

dès réception de ce volet, merci d'établir l'attestation de salaire dans le meilleur délai afin de permettre à l'organisme de calculer les indemnités journalières de votre salarié(e).

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale SIEMENS SAS n° téléphone : _____
e.mail : mylene.seguin@siemens.com
adresse _____

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : CARULLO Etienne
• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au _____
(à compléter obligatoirement)
- en toutes lettres : 07 03 2012
et
- en chiffres 11 03 2012 inclus

sans rapport* ☐ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse

* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui ☐ à partir du _____ non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures.)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☒ à partir du 07 03 2012

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du _____ au _____

identification du praticien

(nom et prénom)

Docteur BUREAU Marc

date 07 03 2012 signature du praticien => 38 1 04921 2

PRN-PRE S3116h