

# avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (\*)

volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. ou Mme le Médecin-Conseil  
(art. L. 132-4-1, L. 113-44, L. 315-2, L. 321-1, L. 323-6, L. 376-1, L. 613-20, R. 321-2, R. 323-11-1, D. 323-2, R. 441-10, L. 433-1, R. 433-15, D. 613-19, D. 613-23 du Code de la sécurité sociale, L. 732-4 et 762-19-1 du Code rural et de la pêche maritime)

**l'assuré(e)** (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation **1 00 04 92 023 139 96**

nom et prénom **DOMINGUEZ Enzo**

(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal **13 610** ville **LE PUY SAINTE REPARADE** téléphone **07 623 804 76**

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

salarié(e) ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ non salarié(e) agricole ☐ élu(e) local(e) ☐

artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA ☐ sans emploi ☐ date de cessation d'activité : précisez votre situation (voir notice 1)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : 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 **ST MICROELECTRONICS** n° téléphone

adresse **850 RUE JEAN MONNET 38960 CROLLES** e.mail : **eleonore.campiponta@st.com**

**les renseignements médicaux** (voir la notice à destination du praticien)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : **DOMINGUEZ Enzo**

- et prescrit un arrêt de travail jusqu'au
  - en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) **vingt-trois mai 2024**
  - et
  - en chiffres **23/05/2024** inclus

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2)

sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du **22/05/2024** non ☐ (voir notice 4)

sorties sans restriction : non ☐ oui ☒ à partir du **21/05/2024** (voir notice 5)

activité(s) autorisée(s) : oui ☐ à partir du non ☒ (voir notice 6)

et prescrit un temps partiel/travail aménagé pour raison médicale du au (voir notice 7)

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec un accident de travail, maladie professionnelle Date AT/MP :

\*\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

identification du praticien  
(nom et prénom)

**Docteur Barbara STAELENS**

**Chirurgien orthopédiste** Conventionné Hono.libres

identifiant **10106770505**

**LA BASTIDE D'AXIUM**

**31-33 Av Maréchal de Lattre de Tassigny**

**13090 AIX EN PCE**

**13 1 05845 5**

date **22/05/2024**

signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficulté, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL). La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement toute personne se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale)

**PRN-BIS S 31161**