

**cerfa**n°10170\*05  
PRN-PRE**avis d'arrêt  
de travail**☐ initial ☒ de prolongation (\*)**volet 3, à adresser  
à votre  
EMPLOYEUR  
ou au  
POLE EMPLOI**

(art. L.162-4-1-Ier al. L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al. L.325-6 I. 376-1 I. 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. 752-4 et 762-15-1 du Code rural et de la pêche maritime)

**l'assuré(e)**

numéro d'immatriculation 1 9 2 0 4 4 1 2 6 9 2 6 2 3 5

nom et prénom YILDIRIM GOKHAN

(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 Vitale) 0 1 6 3 1 6 0 7 1

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

code postal ville n° téléphone :

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

activité salariée ☒ fonctionnaire ☐ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situationl'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

n° téléphone :  
e.mail :

adresse

**les renseignements médicaux**

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : YILDIRIM GOKHAN

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

- en toutes lettres : 10 juin 2022  
(à compléter obligatoirement)

et

- en chiffres 1 0 0 6 2 0 2 2

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 2 9 0 4 2 0 2 2 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 2 9 0 4 2 0 2 2

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

**identification du praticien**(nom et prénom)  
COUTREY LAURENT

identifiant 1 0 0 0 2 0 8 4 4 9 8

date 2 9 0 4 2 0 2 2 signature du praticien

**PRN-PRE S3116g**La loi 78.17 du 6 1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.  
Il est formellement interdit de fraude ou de fausse déclaration et pénalisable de révélation de données financières, d'identité ou d'emploi (articles 313.1, 314.1 et 315.6 du Code pénal articles 114.13