



n°10170*0

PRN-PRE

avis d'arrêt
de travail☒ initial☐ de prolongation (*)volet 3, à adresser
à votre
EMPLOYEUR
ou au
POLE EMPLOIà adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil
(art. L.162-4-1-1er al., L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, L.376-1, L.613-20, D.613-19 et D.613-23 du Code de la sécurité sociale)

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 2 0 1 0 3 3 8 5 1 6 0 4 0 3 7

nom et prénom Camilla Zitouni

(nom de famille - de naissance -, suivi, le cas échéant, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

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

code postal 38000 ville GRENOBLE 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 ☒ profession indépendante ☐sans emploi ☐ date de cessation d'activité : précisez votre situation :l'arrêt prescrit fait 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 Radiall n° téléphone :

e.mail :

adresse 642 rue Emile Romanet 38340 Voreppe

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Camilla Zitouni

• prescrit un arrêt de travail jusqu'au :
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) trois février deux mille vingt-trois
et 0 3 0 2 2 0 2 3
- en chiffres inclussans 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 3 1 0 1 2 0 2 3 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 :

• prescrit un temps partiel pour raison médicale du : au :

identification du praticien
(nom et prénom)

Anne-Lise MONNOT

identifiant 1 0 1 0 0 9 4 3 6 7 8

date 3 1 0 1 2 0 2 3 signature du praticien

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

Centre de santé Livi
40 Avenue de Verdun 94000 Créteiln° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET) 9 4 0 0 2 4 4 1 7

PRN-PRE S3116x