



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, L. 162-4-4, L. 315-2, L. 321-1-5ème al., L. 326-6, 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 1 0 3 3 8 5 6 3 1 3 5 3 7

nom et prénom MERCURI Ugo

(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 3 8 1 1 3 4 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 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 ARCELOR MITTAL

n° téléphone :

e.mail :

adresse ZI du Pré Brun 38530 Pontcharra

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : MERCURI Ugo

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au :
- en toutes lettres : quinze octobre deux mille vingt-et-un
(à compléter obligatoirement)
et
- en chiffres 1 5 1 0 2 0 2 1 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 1 1 1 0 2 0 2 1 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 :

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

identification du praticien
(nom et prénom)

ROY KEVIN

identifiant 1 0 1 0 0 4 3 1 9 4 8

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

PRN-PRE S3116g