

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 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 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritim 'assuré(e) (voir la notice à destination du patient) 102081305605924 numéro d'immatriculation nom et prénom Alexis MONTIEL (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): 46 avenue grugliasco n° téléphone + + 3 3 6 3 6 1 7 code postal 38130 ville Echirolles 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 fonctionnaire profession indépendante non salarié(e) agricole élu(e) local(e) date de cessation d'activité artiste-auteur(e) affilié(e) MdA/AGESSA sans emploi précisez votre situation (voir notice l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice 2) : oui date: **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'emploveur n° téléphone nom, prénom ou dénomination sociale e.mail: adresse les renseignements médicaux (voir la notice à destination du praticien) je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Alexis MONTIEL en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) vingt-quatre mai deux mille vingt-quatre • et prescrit un arrêt de travail jusqu'au et 24/05/2024 - en chiffres avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice 2) sans rapport* en rapport* Date AT/MP : sans rapport* en rapport* avec un accident de travail, maladie professionnelle * sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée à partir du sorties autorisées : (Voir notice 5) sorties sans restriction : non 🗸 опі à partir du activité(s) autorisée(s) : oui à partir du 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) Dr Karen GIBELIN 10101189693 identifiant Dr Karen GIBELIN Médecine générale 24/05/2024 date signature du praticien Finess: 940024912

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et la disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL).