



CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE

CERTIFICAT DE CESSATION DE TRAVAIL

Je soussigné M./Mme : _____

agissant en qualité de: _____

auprès de l'employeur : _____

Nom / Raison Sociale : _____

Numéro Cotisant :

Secteur d'activité : _____

Quartier :

N° Rue : N° Porte : B.P :

Tél : E-mail : _____

Lieu dit : _____

Atteste que le salarié :

Nom du salarié : _____

Prénom du salarié : _____

Numéro de téléphone du salarié* :

Numéro Assuré : -

embauché dans notre structure depuis le

Date
Jour Mois Année

a cessé toutes activités à partir du

Date
Jour Mois Année

Au motif de :

Fin de contrat

Démission

Licenciement

Changement de Catégorie Socio professionnelle (fonctionnaire)

Ferméture de la société

Autres

Départ à la retraite

Abandon de poste

Départ volontaire

Incapacité physique

Décès

A préciser _____

NB : Les informations portées sur le présent certificat engagent la responsabilité du déclarant.

Tout Certificat non conforme sera purement et simplement rejeté.

***LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE CELUI DE L'ASSURÉ**

Fait à _____

Date
Jour Mois Année

Signature et cachet Employeur Obligatoire :