

Assurance retraite

Pour nous contacter :

■ Connectez-vous à votre espace personnel sur www.crpcen.fr et utilisez le service «Ma messagerie»

■ Tél. 01 44 90 20 20

RETRAITE PROGRESSIVE ATTESTATION EMPLOYEUR



ARTICLE R.161-19-7 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Je soussigné (e)

Nom et prénoms

Ou dénomination sociale

Adresse N° Voie

Code postal Ville

N° SIRET

Atteste que :

Nom de famille (nom de naissance)

Nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Prénoms

N° de sécurité sociale -

Exerce son activité salariée à temps partiel ou à temps réduit,

au 01 / / 20 , date d'effet de sa retraite progressive :

- la durée de son travail à temps partiel ou réduit, heures complémentaires non comprises est de :

heures min* par semaine par mois ou jours par an**

- la durée du travail à temps complet applicable dans l'entreprise ou dans l'établissement est de :

heures min* par semaine par mois ou jours par an**

* Les heures d'équivalence ne sont pas prises en compte.

** À compléter pour les salariés au forfait jours.

Fait le / /

à

Signature :

Cachet de l'employeur :

Le règlement général sur la protection des données 2016/679 et la loi informatique et libertés vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles que nous enregistrons à partir de vos réponses.

Toute personne qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages est passible d'amende et ou d'emprisonnement (articles 313-1 et 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal). En outre l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, peut faire l'objet de pénalités financières (article L. 114-17 du code de la sécurité sociale).