

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL

(si tous les champs ne sont pas renseignés, le document sera rejeté)

Année universitaire: XXXX-XXXX

L'employeur soussigné **XXXXXXXX**

Adresse: **XXX XXX XXXX**

XXXX déclare que Monsieur ou Madame **XXXX**

N° de Sécurité Sociale **XXXXXXXXXX**

est employé(e) dans son établissement en qualité de: (cocher la case correspondante)

Il est obligatoire de compléter l'une de ces 4 rubriques

Fonctionnaire depuis le : **XXXX**

Quotité : **XXXX %**

Agent contractuel de la fonction publique: (cocher la case correspondante)

Quotité : **XXXX**

CDD du **XXXX** au

CDI depuis le **XXXX**

Salarié du secteur privé: (cocher la case correspondante)

Quotité : **XXXX**

CDD du **XXXX** au

CDI depuis le **XXXX**

Autres (préciser) **XXXX**

Sur une base annuelle (du 1er septembre au 31 août): (cocher la case correspondante)

Il est obligatoire de compléter la rubrique suivante

De plus de 900 heures

De plus de 215 heures d'enseignement ou de formation

Il est obligatoire de compléter la rubrique suivante

Et déclare que le salaire qui lui est versé est : (cocher la case correspondante)

Inférieur

Supérieur

au plafond de Sécurité Sociale

Renonce au bénéfice du prorata visé aux articles L 242.3 et R 242.3 du Code de la Sécurité Sociale.

Fait à **XXXXXX**

Le **XX/XX/XX**

Cachet de l'Employeur

Nom ET signature de l'employeur
Monsieur/Madame DUPONT