



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 :