

ANNEXE 3

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL

Je soussigné(e) : *Nom, Prénom* Cliquez ici pour entrer du texte.

Qualité du signataire Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom et adresse de l'établissement Cliquez ici pour entrer du texte.

Certifie que : Cliquez ici pour entrer du texte.

(nom et prénom du vacataire)

Numéro de sécurité sociale Cliquez ici pour entrer du texte.

Est salarié(e) de mon établissement en qualité de : Cliquez ici pour entrer du texte.

- par contrat à durée déterminée du Cliquez ici pour entrer une date. **au** Cliquez ici pour entrer une date.
- par contrat à durée indéterminée depuis le Cliquez ici pour entrer une date.
- autre situation, préciser : Cliquez ici pour entrer du texte.

Effectue sur une base annuelle :

- au moins 900 heures de travail
- 333 heures d'enseignement ou de formation

Certifie que sa rémunération brute :

- est inférieure au plafond des cotisations de la sécurité sociale
- est supérieure au plafond des cotisations de la sécurité sociale

Renonce au bénéfice du prorata visé aux articles L 242.3 et R 242.3 du code de la sécurité sociale.

Les cotisations sont versées à l'U.R.S.S.A.F de Cliquez ici pour entrer du texte.(Dépt) Sous le N°Cliquez ici pour entrer du texte.

Fait à Cliquez ici pour entrer du texte. le Cliquez ici pour entrer une date.

Cachet de l'employeur

Signature de l'employeur principal