

INDEMNITE DE PERTE DE SALAIRE

ATTESTATION A FAIRE REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e) -----

certifie que **M** -----

convoqué(e) par le **CONTROLE MEDICAL** de la **M.S.A.**

Le ----- à ----- heures -----

a cessé le travail le ----- à ----- heures -----

l'a repris le ----- à ----- heures ----- .

M ----- a perdu de ce fait :

----- heures à ----- Euros. (salaire horaire)

soit, au total ----- **Euros.**

➤ à régler à l'employeur ☐

➤ à régler au salarié ☐

CACHET DE L'EMPLOYEUR,

DATE ET SIGNATURE,

NOTA : N'omettez pas de joindre la convocation au présent document.