LA RETRAITE DES SALARIES
SECURITE SOCIALE
C N A V

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

Cerfa
N°11004*01

75951 PARIS
CEDEX 19
Tél. 01 55 45 50 00

Numéro de dossier

Dossier suivi par

Secteur

Téléphone

ATTESTATION DE CESSATION D'ACTIVITÉ SALARIÉE

(A remplir par l'employeur)

1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom et prénoms : .....
ou dénomination sociale : .....
Adresse : .....
.....
N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2 - ATTESTATION

L'employeur ci-dessus déclare sur l'honneur que : Mme ☐ Melle ☐ M. ☐
Nom de naissance : .....
Nom marital *(s'il y a lieu)* : .....
Autre nom d'usage *(facultatif)* : .....
Prénoms : .....
Numéro d'immatriculation sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Employé (e) en qualité de : .....

☐ a été radié (e)
des effectifs de l'entreprise le : .....

☐ sera radié (e)

A .....
le .....
Cachet de l'entreprise Signature de l'employeur :

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L377-1 du code de la sécurité sociale, article L441-1 du code pénal).

07/99 - Réf. S5202 b