

auprès de l'établissement ci-après désigné :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

pour y effectuer le travail décrit ci-dessous :

A _____, le

Signature du travailleur

Signature de l'employeur et
cachet de l'entreprise

-----> Décision de l'institution d'affiliation <-----

Désignation :

Adresse :

- Atteste, par le présent certificat, que :

M.....

- Reste soumis à la législation de sécurité sociale de ce pays
(dans le cas des 36 premiers mois de détachement)

- A obtenu l'accord des autorités du pays du détachement pour
demeurer affilié à la législation de sécurité sociale de l'autre
pays jusqu'au (jour - mois - année)
(dans le cas de prolongation)

A _____, le

Cachet de l'organisme

Signature du représentant
de l'institution