Je soussigné.e

Fonction :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° de téléphone de la personne à contacter :

Établissement relevant de [ ]  Fonction publique [ ]  Secteur privé

Déclare rémunérer [ ]  M. / [ ]  Mme

Fonction :

**Quotité de travail :**

[ ]  Temps complet [ ]  Temps partiel : ……………..(Minimum requis de 900 h/an)

**Caisse de Sécurité Sociale**

[ ]  Régime Général (CPAM pour les salarié.es du secteur privés ou MGEN pour les agents contractuels)

[ ]  Autres (MSA, CAMIEG…) :

**Si vous cochez**Autres **précisez si la rémunération mensuelle:**

[ ]  Dépasse le PMSS\* [ ]  Ne dépasse pas le PMSS\*

\*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale au 1er janvier 2022 de 3 428 € brut

**Caisse de Retraite Complémentaire**

[ ]  IRCANTEC [ ]  Autre régime :

**Attestation mise à disposition de l’URSSAF**

(Pour cotisants au Régime Général uniquement)

SIRET (obligatoire)

Je soussigné.e

Certifie que la rémunération de l’intéressé.e (ne cochez qu’une seule case):

[ ]  Ne dépasse pas le plafond des cotisations au Régime Général de la Sécurité Sociale (PMSS\*)

**Si la rémunération de l’intéressé.e dépasse le plafond :**

[ ]  Je prends entièrement à ma charge les cotisations patronales plafonnées correspondantes à cette rémunération. De ce fait, je ne sollicite pas l’application de la règle du prorata des articles L.242.3 et R. 242.3 du code de la sécurité sociale

[ ]  Je ne prends pas en charge la totalité des cotisations patronales plafonnées correspondantes à cette rémunération.

Fait à Le

**L’EMPLOYEUR**

(Signature manuscrite + Cachet obligatoires)