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)