****

# ATTESTATION D’ACTIVITE SALARIEE

*(À compléter par l’employeur principale)*

**Je soussigné·e** :

NOM : ……………………

PRÉNOM ……………………

QUALITÉ :……………………

NOM DE L’ENTREPRISE……………………

Nature et forme juridique :……………………

Adresse : ……………………

N° de SIRET ……………………

**DÉCLARE RÉMUNÉRER :**

Mme/M :……………………

N° de Sécurité Sociale : ……………………

Fonction : ……………………

Depuis le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Sur une base annuelle :**

Supérieure à 900 heures par an ou 300 heures d’enseignement par an.

De ……………………heures par an

et EFFECTUER sur la dite rémunération les retenues de la sécurité sociale au titre de :

FONCTIONNAIRE TITULAIRE – COTISANT A LA PENSION CIVILE

RÉGIME GENERAL

RÉGIME SPECIAL (à préciser) : ……………………

RÉGIME DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE : ……………………

CERTIFIE que cette rémunération d'un montant annuel de : ……………………€  
  DÉPASSE

NE DÉPASSE PAS

|  |
| --- |
| LE MONTANT DU PLAFOND DE LA SÉCURITE SOCIALE  (Plafond au 01/01/2024 : 3 864 € x 12 mois = 46 368 €) |

Et que je prends entièrement à ma charge les cotisations patronales correspondant à cette rémunération et que 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.

**CACHET DE l’ENTREPRISE Fait à** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Le** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature de l'employeur**