

ATTESTATION D'INDEMNISATION SAPEUR POMPIER VOLONTAIRE (SALARIE-CONTRACTUEL-TRAVAILLEUR NON SALARIE)

Je soussigné(e),

Nom Prénom :

Fonction :

Tel./E-mail :

atteste que Madame/Monsieur.....
a bénéficié d'un congé pour raison de santé du au et :

bénéficiera de son employeur, d'un **maintien de tout ou partie de son salaire, d'un montant net imposable de**euros (Indemnités journalières de sécurité sociale exclues) pour la période d'arrêt de travail du au

ne bénéficiera pas de son employeur, d'un **maintien de son salaire** (Indemnités journalières de sécurité sociale exclues).

percevra une **indemnité de prévoyance net imposable** (Indemnités journalières de sécurité sociale exclues) auquel est affilié Madame/ Monsieur..... et l'employeur, d'un montant de euros pour la période d'arrêt de travail du au

ne percevra pas d'indemnité de prévoyance.

Fait à, le

Signature :

* loi 91.1389 du 31 décembre 1991