

Fin de l'interruption de travail

de travailleurs saisonniers (reprise du travail)

Employeur _____
N° de contrat _____
Plan _____

Fin de l'interruption temporaire de travail

A la fin de l'interruption temporaire de travail, informez-nous par le biais de ce formulaire de la reprise du travail des personnes pour lesquelles vous nous avez notifié l'interruption.

Numéro d'assurance sociale	Nom prénom	Début de versement des cotisations	Salaire annuel AVS	Taux d'occupation en %	Entièrement apte au travail
1. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5. 756. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Nous confirmons que les personnes pour lesquelles la case «oui» est cochée sont pleinement aptes au travail.

Lieu et date

Signature de l'employeur
