

## Annexe VIII

### ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL OU DU CHÔMAGE

A remettre ou à envoyer à votre organisme assureur dans les huit jours qui suivent la fin de l'incapacité de travail, de la période de protection de la maternité, du congé de paternité (conversion du repos de maternité) ou du congé d'adoption

#### A remplir par le titulaire ou l'organisme assureur

Concerne :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Code postal - localité : .....

N° d'inscription à l'O.A. : .....

N° N.I.S.S : .....

#### A remplir par l'employeur ou l'organisme de paiement des allocations de chômage

Je soussigné, déclare que par suite de maladie - de protection de la maternité - de congé de paternité - de congé d'adoption (1), l'intéressé(e) a cessé le travail - le chômage (1), le .....  
et a repris celui-ci le .....

(1) Biffer la mention inutile

Certifié sincère

Date : .....

Identification de l'employeur ou de l'organisme  
de paiement des allocations de chômage :

.....  
.....