

Annexe 36

AVIS DE MISE AU TRAVAIL EN COURS D'HOSPITALISATION DANS UN SERVICE PSYCHIATRIQUE

(à adresser au siège national de l'organisme assureur)

Le soussigné atteste que le bénéficiaire:

Nom et prénom:

Adresse:

Organisme assureur:

Numéro d'inscription: Date de naissance:

Date d'admission Service:

- 1) Est mis, par décision médicale, au travail depuis le:
- (*) chez:.....
- à.....
- (*) Dans l'atelier protégé:.....
- à.....

Ce travail est rémunéré - non rémunéré (*)

Dès lors il y a lieu d'appliquer, depuis cette date, la réduction du prix de la journée d'entretien.

- 2) a cessé le travail le

Cachet de l'établissement,

Le directeur administratif,

(Signature)

(*) Biffer les mentions inutiles.