

RID

DÉCLARATION DE CESSATION D'ACTIVITÉ DANS LE CADRE D'UNE GROSSESSE PATHOLOGIQUE

A retourner à la CARPIMKO complétée, datée et signée

Je soussigné(e) : Nom – Prénom :

Né(e) le :

Demeurant :

.....

Numéro de Sécurité sociale :

Numéro de téléphone (fixe / mobile) :

Certifie sur l'honneur avoir dispensé mon dernier acte à titre libéral le

Cette cessation est due à une grossesse pathologique ou à risque (cocher la case correspondant à votre situation) :

OUI

NON

Je m'engage à avertir immédiatement la : CARPIMKO
6 place Charles de Gaulle
78882 SAINT QUENTIN EN YVELINES CEDEX

dès que je reprendrai mon activité à titre libéral.

Fait à le

Signature :

N.B. : La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1 441-6 et 441-7 du code pénal)

Les informations recueillies par la C.A.R.P.I.M.K.O. sont destinées à l'étude de vos droits aux prestations du Régime d'Assurance Invalidité Décès. Elles seront conservées pendant toute la durée du versement desdites prestations puis archivées jusqu'à l'expiration des délais de recours y afférents. Certaines informations seront enregistrées dans un fichier informatisé destiné à sécuriser l'attribution des prestations et à établir des statistiques. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez bénéficier d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant ou demander la limitation de leur traitement en contactant contactdpo@carpimko.com