Attestation employeur principal

1. Société

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de :

Nom et adresse de l'entreprise :

certifie que :

2. Employé(e)

Nom : **Prénom :**

☐ exerce une activité professionnelle d'au moins 900 heures par an depuis

Profession :

et que ses rémunérations :

☐ dépassent le plafond des cotisations au régime général de Sécurité Sociale (1)

☐ ne dépassent pas le plafond des cotisations au régime général de Sécurité Sociale (1)

Fait à **Cachet et signature de l'employeur**

Le

(*) 3 377 euros au 1er janvier 2019

90010 Belfort Cedex
Tél. +33 (0)3 84 58 30 10
www.utbm.fr