



Assurance-emploi

GABARIT OPTIONNEL POUR LES PÉRIODES DE PAYE HEBDOMADAIRES (ou joignez au RE un rapport sur la rémunération assurable, disponible auprès de votre fournisseur de services de paye ou du fournisseur de votre logiciel)

Annexe au : (inscrire le no de série du RE)			Numéro d'assurance sociale		
Case 15C – Suite					
P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE
28		29		30	
31		32		33	
34		35		36	
37		38		39	
40		41		42	
43		44		45	
46		47		48	
49		50		51	
52		53			
JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION ET J'ATTESTE, PAR LES PRÉSENTES, QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS DE CETTE ANNEXE SONT VÉRIDIQUES.					
Nom du signataire (signature)		Nom du signataire (en lettres moulées)		Date	
				J	M
					A

NOTE À L'EMPLOYÉ(E) : CETTE ANNEXE DOIT DEMEURER JOINTE AU RELEVÉ D'EMPLOI DONT LE NUMÉRO DE SÉRIE FIGURE AU HAUT DU DOCUMENT.

GABARIT OPTIONNEL POUR LES PÉRIODES DE PAYE HEBDOMADAIRES (ou joignez au RE un rapport sur la rémunération assurable, disponible auprès de votre fournisseur de services de paye ou du fournisseur de votre logiciel)

Annexe au : (inscrire le no de série du RE)			Numéro d'assurance sociale		
Case 15C – Suite					
P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE	P.P.	RÉMUNÉRATION ASSURABLE
28		29		30	
31		32		33	
34		35		36	
37		38		39	
40		41		42	
43		44		45	
46		47		48	
49		50		51	
52		53			
JE RECONNAIS QUE TOUTE FAUSSE DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION ET J'ATTESTE, PAR LES PRÉSENTES, QUE TOUTES LES DÉCLARATIONS DE CETTE ANNEXE SONT VÉRIDIQUES.					
Nom du signataire (signature)		Nom du signataire (en lettres moulées)		Date	
				J	M
					A

NOTE À L'EMPLOYÉ(E) : CETTE ANNEXE DOIT DEMEURER JOINTE AU RELEVÉ D'EMPLOI DONT LE NUMÉRO DE SÉRIE FIGURE AU HAUT DU DOCUMENT.