

Annexe B
Attestation d'activité salariée
Année universitaire 2023/2024
A compléter et à faire signer par l'employeur principal

Je soussigné(e) Mme/M _____ qualité _____
certifie que Mme/M _____
est employé(e) en qualité de _____ dans l'établissement mentionné ci-dessous.

Raison sociale de l'employeur :

Adresse :

Téléphone : / / / /

N° SIRET : / / / /

Code APE :

POUR LES AGENTS PUBLICS

→ **Situation** : Non titulaire de la fonction publique à temps complet

Non titulaire de la fonction publique à temps partiel:
Quotité de travail:

→ **Régime de retraite** :

URSSAF + IRCANTEC. Dans ce cas

→ N° de cotisant à l'URSSAF :

→ Son salaire dépasse le plafond de Sécurité Sociale (3 666 € au 01/01/23) oui non

Autre (à préciser) :

POUR LES FONCTIONNAIRES

→ **Situation** : Titulaire de la fonction publique à temps complet

Titulaire de la fonction publique à temps partiel:
Quotité de travail:

→ **Régime de retraite** :

Pension civile

→ Son salaire dépasse le plafond de Sécurité Sociale (3 666 € au 01/01/23) oui non

Autre (à préciser) :

→ Son salaire dépasse le plafond de Sécurité Sociale (3 666 € au 01/01/23) oui non

POUR LES SALARIÉS DU SECTEUR PRIVÉ

→ CDI CDD (préciser les dates du contrat)

→ Temps complet Temps partiel, quotité de travail:

→ Sa rémunération brute mensuelle dépasse-t-elle le **plafond de la Sécurité Sociale** (3 666 € au 01/01/23) :
 oui non

L'employeur principal déclare renoncer au prorata visé aux articles L.242-3 et R.242-3 du Code de la sécurité sociale et continuera à assumer la charge intégrale des cotisations plafonnées.

Fait à _____
Le / / 20

Cachet de l'établissement
et **Signature de l'employeur**