



تصريح باستئناف العمل
Déclaration de reprise d'activité

قطب التعويضات
Pôle Prestations
مديرية التعويضات العائلية والاجتماعية
Direction des Prestations Familiales et Sociales

Date de dépôt	<input type="text"/>	تاريخ الإيداع
N° Dossier	<input type="text"/>	رقم الملف

Cadre réservé à l'assuré (e)

إطار مخصص للمؤمن له (ها)

N° d'immatriculation :	<input type="text"/>	رقم التسجيل :
Je soussigné,		أنا الموقع أسفله ،
Nom :	<input type="text"/>	الاسم الشخصي :
Prénom :	<input type="text"/>	الاسم العائلي :
N° de CNI :	<input type="text"/>	رقم البطاقة الوطنية للتعريف :
N° de Téléphone :	<input type="text"/>	رقم الهاتف :
Adresse Email :	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني :
Adresse personnelle :	<input type="text"/>	العنوان الشخصي :
Code Postal :	<input type="text"/>	البلد :
الرمز البريدي :	Ville : <input type="text"/>	المدينة :
		Pays : <input type="text"/>

Déclaration sur l'honneur

تصريح بالشرف

déclare avoir repris l'activité auprès de l'employeur :	<input type="text"/>	أصرح أنني استأنفت العمل لدى المشغل :
N° Affiliation :	<input type="text"/>	رقم الانخراط :
en date du :	<input type="text"/>	بتاريخ :

توقيع المؤمن له
Signature de l'assuré