



ASC

REMBOURSEMENT DE L'ALLOCATION SPECIFIQUE DE CESSATION
ANTICIPEE D'ACTIVITE
(Décret n°95-245 du 1^{er} mars 1995)

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PS0110

Téléphone : 05 56 11 33 70

feh@caissedesdepots.fr

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

TRIMESTRE À REMBOURSER : ER (ÈME) ANNÉE :

Dénomination :

N° Siret : Numéro d'immatriculation CNRACL : Téléphone :

NOM	PRÉNOM	NIR ⁽¹⁾	STATUT ⁽²⁾		PÉRIODE DE REMBOURSEMENT		MONTANT À REMBOURSER ⁽³⁾
			T	C	Date début	Date fin	

NIR : Renseigner le NIR complet en incluant la clé

STATUT : Indiquer T pour un agent titulaire ou stagiaire, ou C pour un agent contractuel

MONTANT À REMBOURSER : Indiquer le montant trimestriel de l'allocation et des cotisations et contributions sociales y afférentes (loi n°94-628 du 25 juillet 1994, art. 14)

Le directeur de l'établissement certifie les informations mentionnées, conformes aux sommes ordonnancées au comptable assignataire.

Etabli le : / /

Signature et cachet de l'établissement :