

FONDS POUR L'EMPLOI HOSPITALIER

Référence : PPF412  
Téléphone : 05 56 11 33 70  
FEH@caissedesdepots.fr

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE L'ALLOCATION SPECIFIQUE DE CESSATION ANTICIPEE D'ACTIVITE

ASC

(Décret n°2017-1102 du 19 juin 2017)

ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR :

TRIMESTRE À REMBOURSER :  <sup>ER (ÈME)</sup> ANNÉE :

Dénomination : \_\_\_\_\_

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

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

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

<sup>(1)</sup> NIR : complet avec la clé

<sup>(2)</sup> STATUT : T pour titulaire ou stagiaire C pour contractuel

<sup>(3)</sup> MONTANT À REMBOURSER : Allocations cotisations et contributions sociales (loi n°94-638 du 25 juillet 1994, art. 14)

Cachet de l'établissement

Établi le :

Par : \_\_\_\_\_

Signature du directeur  
de l'établissement :