

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

COTONOU - 01 B.P. 374 - Tél. : 21 30 27 21 / 21 30 27 27 / 21 30 27 30

21 30 27 65 / 21 30 27 67 Fax: 21 30 26 36

INDEMNITE DE CONGE DE MATERNITE

(Imprimé à remettre à l'Employeur)

CERTIFICAT DE CESSATION DE TRAVAIL

A remplir par l'Employeur:

Je soussigné, NOM Prénoms

Raison Sociale

Profession.....

Adresse complète

.....

Immatriculation à la caisse N°

--	--	--	--	--

certifie que Madame

N° d'assurance

Employée dans mes services en qualité de

a cessé son travail le

Fait à, le20

(Signature)

Cachet de l'employeur

VOIR AU VERSO

A remplir par l'intéressée:

Je soussignée Madame

déclare avoir cessé mon travail le 20

Fait à, le 20

(Signature)

N.B. Il est rappelé aux employeurs

- qu'ils doivent conserver les pièces fournies par leurs employées au cours de leur congé de maternité;
- qu'à l'expiration de ce congé, l'ensemble du dossier doit être adressé à l'agence régionale la plus proche.