REPUBLIQUE GABONAISE

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

B.P. 134 LIBREVILLE - TEL. : 76.24.31 - 76.24.39

CERTIFICAT DE CESSATION DE TRAVAIL

2e étage - porte N° 204
(à envoyer en un seul exemplaire à la C.N.S.S. dans les 15 jours qui suivent l'embauche)

NOM DU SALARIE : _____
(EN LETTRES CAPITALES)

PRENOMS DU SALARIE : _____
(EN LETTRES CAPITALES)

MATRICULE ASSURANCE : | | | | | | |

Le matricule est obligatoire, sinon ce certificat ne sera pas utilisé par les services de la caisse

NOM & ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :
(AVEC MENTION DE LA BOITE POSTALE)

MATRICULE EMFPLOYEUR : | | | | | |

DATE D'EMBAUCHE DE L'EMPLOYE :
(DANS L'ENTREPRISE)

JOUR MOIS ANNEE

DATE DE DEPART DE L'EMPLOYE :

JOUR MOIS ANNEE

RAISON DE DEPART DE L'EMPLOYE : _____
(DECES - RENVOI - DISPARITION - RAPATRIEMENT)

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR (OBLIGATOIRE) ET CACHET DE L'ENTREPRISE

Multipress Gabon 09/07 D.3352

www.cnss.ga