

DECLARATION ET DEMANDE D'AFFILIATION D'UN ASSURE SOCIAL**NUMERO D'IMMATRICULATION**

Numéro à recopier à partir de la carte nationale d'immatriculation pour tout assuré déjà immatriculé à la Sécurité Sociale

DECLARATION DE L'EMPLOYEUR OU DE L'ORGANISME ASSIMILE

Numéro Employeur

L'employeur ou l'organisme assimilé soussigné (Nom. Prénom ou raison social)

Déclare que l'assuré désigné ci-dessous est embauché à compter du (date de recrutement)

En qualité de (profession ou situation de l'assuré) :

Fait à le

Signature et Cachet

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Nom (1)

Prénom

Nom de l'époux

Date de naissance
 Jour Mois Année

Lieu de naissance

Commune de Naissance.....

Wilaya de naissance

Prénom du père.....

Nom de la mère.....

Prénom de la mère.....

Sexe Masculin - Féminin (3)

Situation de famille Célibataire- Marié(e) - Veuf(ve) - Séparé(e) - Divorcé(e) (3)

Nationalité

Adresse Complète

Code postal.....