

► **Votre activité professionnelle (à ne compléter que si le taux d'incapacité permanente résulte d'un accident du travail et est inférieur à 20 %)**

Exemple :

Période (mois/année à mois/année)	Employeur (Siret/Siren, raison sociale)	Emploi occupé (description des activités)
03/1975 à 12/1994	Traiteur de France / 332 647 205 000633	Livreur / Conduite véhicule et manutention

À compléter en fonction de votre situation :

Période (mois/année à mois/année)	Employeur (Siret/Siren, raison sociale)	Emploi occupé (description des activités)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.

Je m'engage :

- à faciliter toute enquête pour les vérifier,
- à vous faire connaître toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : Le

Votre signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

► Vous venez de remplir votre demande de retraite.
 Merci de nous faire part de toute modification concernant votre situation.
 Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre les pièces indiquées en pages II et III de la notice jointe.