NOM et Adresse de l’Etablissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATION**

 ***Toutes les entreprises, quels que soient leurs effectifs doivent déclarer mensuellement le statut de travailleur handicapé ou d’invalide de leurs salariés via la DSN.***

*Vous devez donc à l’occasion de votre embauche nous faire connaitre votre situation et en justifier. Merci.*

**A COMPLETER PAR LE SALARIE et à remettre à l’employeur**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Atteste ne pas être travailleur handicapé ou bénéficier d’une pension d’invalidité.

 Atteste être reconnu travailleur handicapé ou bénéficier d’une pension d’invalidité (joindre une copie de la notification de reconnaissance RQTH, Adulte Handicapé, ou notification de pension d’invalidité sur lesquels doivent obligatoirement figurer les dates de début et de fin de validité de la notification).

Vous vous engagez par la présente, à informer votre employeur de toutes modifications de votre situation et d’en justifier.

Date : Signature :