**Certificat de travail**

Je soussigné(e) M/Mme ……………………. (*nom et prénom du représentant de la structure, qualité et nom de la structure*) dont le siège social est situé ……………………………………………… ……………………………………………….. (*adresse*),

Certifie avoir employé M/Mme ………………… (*nom et prénom du salarié*) demeurant ………………… …………………………………………………………………………………... (*adresse du salarié*), immatriculé(e) à la Sécurité Sociale sous le numéro ………………………….. (*numéro national d’identification*) en qualité de :

* ……………………………. (*Nature successive des emplois occupés) du …………………. au ………………….*
* ……………………………. (*Nature successive des emplois occupés) du …………………. au ………………….*

*Clause à ajouter si le salarié remplit les conditions pour la portabilité de la prévoyance et de la mutuelle :*

A la suite de la cessation de votre contrat de travail vous conservez le bénéfice du régime de frais de santé de base et du régime de prévoyance (à l’exclusion de la garantie relative au « maintien de salaire ») dont vous bénéficiez au sein de notre structure, pour une durée égale à ….…….. mois.En cas de reprise d’un nouvel emploi, il vous appartiendra d’en informer immédiatement l’organisme assureur.

M/Mme ………………….. (*nom du salarié*) nous quitte, ce jour, libre de tout engagement.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ……………………………..

Le …………………………….

Nom du représentant de l’employeur et qualité

*Signature*