

DECLARATION SUR L'HONNEUR DE NON-ACTIVITE

Je soussigné (nom et prénom)

(adresse)

déclare que, malgré l'autorisation qui m'a été donnée le

par le médecin-conseil de reprendre partiellement le travail, je n'ai repris aucune activité professionnelle.

J'ai connaissance du fait que l'absence de déclaration ou toute fausse déclaration de revenus professionnels, peut entraîner des sanctions administratives et des poursuites judiciaires.

Je donne à mon organisme assureur et aux instances de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, chargées du contrôle, l'autorisation de vérifier notamment auprès de l'Administration des contributions directes, cette déclaration que j'affirme être sincère et complète.

Date et signature.