

# FORMULAIRE DE **SORTIE** DU TERRITOIRE AU COURS D'UN ARRÊT DE TRAVAIL



Caisse de  
**PRÉVOYANCE SOCIALE**  
Saint-Pierre et Miquelon

## INFORMATIONS DU DEMANDEUR :

Nom :   
Prénom :   
NNI :   
Téléphone:   
Email:   
Dates d'arrêt de travail : du  au

## INFORMATIONS DE L'EMPLOYEUR :

Employeur :   
Adresse :   
Téléphone:   
Représenté par :   
Fonctions :

## INFORMATIONS SUR LE DÉPLACEMENT :

Pays :   
Ville et Code Postal :   
Adresse exacte :   
Téléphone:   
Motif du déplacement :   
Dates : du  au

**À SAVOIR** : La demande doit être transmise au moins **15 jours avant le départ**. L'autorisation de sortie de territoire ne vous dispense pas de respecter les horaires de présence à votre domicile ou à (sauf soins ou examens médicaux) **de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, y compris les samedis, dimanches et jours fériés.**

Date :

Signature de l'assuré(e) demandeur :

## AVIS DU MÉDECIN CONSEIL :

AVIS FAVORABLE POUR UNE SORTIE DU TERRITOIRE AUX DATES SUIVANTES :

AVIS DÉFAVORABLE

Motif :

Date :

Signature :

