



DECLARATION D'EXONERATION DE COTISATIONS PATRONALES DE SECURITE SOCIALE

(Art. L 752-3-1 du code de la sécurité sociale)

1/ Identification de l'établissement déclarant :

N° SIRET : Code NAF (APE) :

Nom ou Raison Sociale :

Adresse : BP :

Code Postal : Commune : Tél. :

Tél. : Mail :

Date de création ou d'implantation :

Si la date de création ou d'implantation est postérieure au 31.12.2000, indiquer l'effectif employé au cours du mois de la création ou de l'implantation :

2/ Coordonnées du siège social de l'entreprise si différentes de l'établissement

Adresse : BP :

Code Postal : Commune :

3/ L'exonération est applicable au titre

A) des entreprises dont l'effectif total est de moins de 11 salariés* ...

B) de la ou des activités exercées au sein de l'établissement parmi les activités suivantes

Industrie, Production audiovisuelle, Tourisme, Énergies renouvelables, Hôtellerie et restauration, Presse, Pêche, Aquaculture, Conchyliculture, Agriculture, Nouvelles technologies de l'information et de la communication, Bâtiment et travaux publics.

En cas de pluriactivité au sein de l'établissement, indiquez la répartition des effectifs en fonction des activités exercées :

Activité(s) exercée(s) :

..... effectif :

..... effectif :

..... effectif :

Effectif total de l'établissement :

*Moyenne de l'effectif de l'entreprise, tous établissements confondus situés dans un même département, au titre de l'année précédente, calculé selon les modalités de l'article L.421-2 du code du Travail.

Je soussigné(e) m'engage à signaler sans délais à la Caisse de Prévoyance Sociale tout changement de situation (dépassement du seuil de 10 salariés au cours d'une année, changement d'activité...) et toute condamnation pénale du chef d'entreprise pour fraude fiscale, prêt illicite de main d'œuvre, travail dissimulé ou marchande.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document. Ils pourront faire l'objet d'un contrôle. L'exonération appliquée à tort devra faire l'objet d'un remboursement.

Fait à le

Nom et Qualité du déclarant, Signature :

CADRE RESERVE A L'URSSAF

Date et cachet de la Caisse :

Demande acceptée

Demande refusée Motif :

Numéro d'URSSAF attribué :

