CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

DÉCLARATION DES PÉRIODES D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Déclaration rectificative ☐

MATRICULE EMPLOYEUR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Dénomination _____

Mois concerné ☐☐ ☐☐☐☐
(MM) (AAAA)

Matricule assuré	Nom	Prénom	du	au	heures	T

Date et signature:

code archivage C112 (V 2014)

Imprimer Effacer