



ATTESTATION DE NON PERCEPTION DE PRESTATIONS

ASSURE(E)

Je soussigné, Directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française, certifie que l'assuré(e):

NOM suivi du nom d'épouse	<input type="text"/>				
Prénom(s)	<input type="text"/>				
DN	<input type="text"/>	Né(e) le	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>
Adresse postale	<input type="text"/>				
Adresse géographique	<input type="text"/>				
Téléphone dom	<input type="text"/>	Port	<input type="text"/>	Bur	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>			Fax	<input type="text"/>

- N'est pas titulaire d'un avantage vieillesse au titre du:
- Régime des Salariés
 - Régime de Protection Sociale en Milieu Rural
 - Régime de Solidarité de Polynésie Française
 - Adulte handicapé

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

à	<input type="text"/>	le	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>		