UNIVERSITÉ LE HAVRE NORMANDIE

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR PRINCIPAL

(A COMPLÉTER POUR LES SALARIÉS DE DROIT PRIVÉ)

ANNEE UNIVERSITAIRE ☐ 2025-2026 ☐ 2026-2027

Je soussigné.e :
(Nom et prénom du signataire)

(Nom et adresse de l'établissement)

Certifie que :
(Nom et prénom du salarié)

Exerçant la profession de :

Numéro de Sécurité Sociale :

Demeurant :

Qu'il/elle exerce une activité salariée d'au moins 900 heures par an ☐

Si ce n'est pas le cas, précisez le nombre d'heures :

Pour les formateurs salariés :
Qu'il/elle exerce une activité de formateur.rice d'au moins 210 heures par an ☐

Si ce n'est pas le cas, précisez le nombre d'heures :

Que son salaire - ne dépasse pas le PLAFOND de la SECURITE SOCIALE ☐
- dépasse le PLAFOND de la SECURITE SOCIALE ☐

4 005 € brut montant en vigueur au 1er janvier 2026 pour les salaires perçus en 2025

Nom, Prénom : Fait à :

Qualité : Le :

Signature et cachet de l'employeur (obligatoire)