l'Assurance Retraite Auvergne

Demande d'évaluation de rachat de trimestres pour la retraite au titre des périodes de stage en entreprise

Art. L. 351.17 du code de la sécurité sociale

cerfa 15542*01

Cadre réservé à l'administration

1re intervention le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Important : merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.

Votre identité

Madame ☐ **Monsieur** ☐

Votre n° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Votre nom de famille *(nom de naissance)* **:** .....

Votre nom d'usage *(facultatif et s'il y a lieu ; ex. nom du conjoint ou de la conjointe)* **:** .....

Vos prénoms *(soulignez votre prénom courant)* **:** .....

Votre date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre nationalité : .....

Commune de naissance : .....
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Département : ..... **Pays :** .....

Vos coordonnées

Votre adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_|

Commune : .....

Pays : .....

Votre adresse mail : .....

Votre téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Voir au verso

Vos périodes de stage en entreprise pour lesquelles vous souhaitez racheter des trimestres

Indiquez ci-dessous les périodes de stage que vous souhaitez valider

du ____ au ____

du ____ au ____

du ____ au ____

Activité professionnelle exercée au cours des années civiles durant lesquelles la ou les périodes de stage ont été effectuées

Avez-vous exercé une activité professionnelle au cours des années durant lesquelles votre ou vos périodes de stage ont été effectuées ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, merci de compléter les rubriques suivantes :

- Périodes d'activité : du ____ au ____

  du ____ au ____

  du ____ au ____

- Nom et adresse de l'employeur :

  .....

  .....

  .....

- Nature de l'activité (salarié du secteur privé, agent non titulaire de la fonction publique, fonctionnaire, commerçant, etc.) :

  .....

  .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage :

- à faciliter toute enquête pour les vérifier ;

- à vous faire connaître toute modification de ma situation.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : ..... Le ____

Votre signature :

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal).
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement ou non de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre les pièces indiquées dans les « pièces justificatives à joindre » *(page III de la notice jointe)*.