

DEPARTEMENT DES SERVICES MEDICAUX

DEPART A L'ETRANGER
DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), (Prénom, NOM de l'assuré(e))

Numéro de sécurité sociale

BENEFICIAIRE :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance

Adresse:
.....

Code postal **Ville**

N° de téléphone

Atteste me rendre :

Lieu du séjour :

Date du départ **Durée du séjour**

Motif du départ :

(affectation, mission, séjour occasionnel effectué à titre privé, transfert de résidence...)

FAIT à le

Signature de l'assuré(e)

déclarant sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant.

La sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par les organismes de sécurité sociale peuvent être vérifiées dans le cadre de l'exercice du droit de communication réglementé par les articles L114-19 et suivants du code de la sécurité sociale.

Est passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles 313-1, 313-2, 441-1 et 441-6 du code pénal).