

Document à remettre à votre employeur
et à retourner au CIL ATLANTIQUE

Je soussigné (Nom de l'employeur, raison sociale, adresse) :

.....
.....
.....

Déclare être favorable à la demande de l'AIDE MOBILI-PASS® formulée par :

Mr, Mme, Mlle :

Demeurant :

Code Postal : Ville :

faisant partie de mon personnel, en qualité de :

Depuis le : 20

J'accepte par la présente que mon salarié bénéficie d'une aide plafonnée à 3200 € maximum

Votre entreprise cotise-t-elle à "Action Logement" : oui non

Si oui, nom de l'organisme collecteur :

Votre entreprise a-t-elle plus de 10 salariés (équivalent temps plein) : oui non

Fait à : Le :

Signature et cachet de l'Employeur

.....

N° d'entreprise CIL ATLANTIQUE :

.....