Logo de la collectivité

**CERTIFICAT DE CESSATION DE PAIEMENT**

**Direction des Ressources Humaines**

Le Maire/ Président …………………………. Soussigné,

Certifie que : **NOM ……………….. Prénom ………………**

Adresse : …………………………………………….

Numéro d’immatriculation à la Sécurité Sociale : ……………………….

Grade : …………………….. Echelon : ………………….

Rémunéré à : ….%

En qualité de (titulaire/stagiaire/contractuel) : …………………………

**A cessé d’être rémunéré par …………………..(la collectivité) le ………………..**

Fait à ………………………, le ………………….

Signature