

RID

## DECLARATION DE CESSATION D'ACTIVITE DANS LE CADRE D'UNE GROSSESSE PATHOLOGIQUE

*A retourner à la CARPIMKO complétée, datée et signée*

Je soussigné(e) : Nom – Prénom : .....

Né(e) le : .....

Demeurant : .....

Numéro de Sécurité sociale : .....

Numéro de téléphone (fixe / mobile) : .....

Certifie sur l'honneur avoir dispensé mon dernier acte à titre libéral le .....

Cette cessation est due à une grossesse pathologique ou à risque (cocher la case correspondant à votre situation) :

OUI

NON

Je m'engage à avertir immédiatement la : **CARPIMKO**  
6 place Charles de Gaulle  
78882 SAINT QUENTIN EN YVELINES CEDEX

dès que je reprendrai mon activité à titre libéral.

Fait à ..... le .....

Signature :

**N.B. : La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1 441-6 et 441-7 du code pénal)**

*Informatique et Libertés : Les données personnelles sont recueillies dans le cadre de l'étude de vos droits aux prestations du Régime d'Assurance Invalidité Décès selon des protocoles sécurisés. Elles seront conservées pendant toute la durée du versement des prestations, puis archivées jusqu'à expiration des délais de recours y afférents. La Carpimko s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données personnelles soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi "Informatique et Libertés". Pour toute information ou exercice de vos droits (accès, rectification et suppression) vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse mail : [contactdpo@carpimko.com](mailto:contactdpo@carpimko.com)*