

DECES D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE PROCHE D'UN SALARIE

 A remplir par le responsable hiérarchique

Merci de transmettre cet imprimé au service des Ressources Humaines
ainsi qu'au Comité d'Entreprise au moment où vous en avez connaissance.

→ SALARIE CONCERNE

Site : Service :

Nom : Prénom :

➤ Membre de la famille décédé

Nom : Prénom :

Lien de parenté au salarié :

➤ Date du décès :

➤ Obsèques (à compléter si possible)

Date : Heure :

Lieu des obsèques :

Fait à, le

Transmis par :

Signature

.....