

## CERTIFICAT DE TRAVAIL

Je soussigné **NOM DE MEDECIN**, agissant en qualité de directeur de **NOM DU CABINET**, dont le siège social est à **VILLE (CP) ADRESSE** certifie que :

**NOM PRENOM DU SALARIE**

Assuré sociale n°**0.00.00.00.000.000.00**

Demeurant à **VILLE (CP) – ADRESSE**

A été employé dans la société en qualité de **POSTE OCCUPE**

Du **00/00/0000** au **00/00/0000**. (Date de début et date de fin du contrat de travail)

Les droits individuels à la formation (DIF), portés au compte du salarié, représentent un solde de **00 heures pour un montant de 00 euros**.

L'entreprise relève de l'organisme collecteur **NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISME DE FORMATION**

Le salarié nous quitte ce jour, libre de tout engagement.

En foi de quoi, le présent certificat de travail est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à **VILLE**, le **00/00/0000**

Le Directeur,  
**NOM DU MEDECIN**