



Déclaration d'arrêt de travail des

## Personnes à risques

dans le cadre de l'épidémie COVID19

CGSS Guyane

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse :

Date de naissance : .....

Email : .....

Téléphone : .....

Caisse de rattachement : **CGSS Guyane**

Date de début de l'arrêt de travail : .....

J'atteste avoir cessé mon activité durant la période indiquée.

Date :

Signature

*Les déclarations effectuées n'emportent pas indemnisation automatique. Celle-ci se fait :  
Après vérifications par les services de la CGSS des éléments transmis et récapitulés ci-dessus*

A envoyer par mail

[msa.maladie.COVID19@cgss-guyane.fr](mailto:msa.maladie.COVID19@cgss-guyane.fr)

ou par courrier

CGSS Guyane - service Maladie/MSA

CS 37015

97307 Cayenne cedex