



Je soussigné(e) .....

embauché(e) par l' Association ADESSI à partir du.....

atteste avoir reçu, en date du..... ,

la décision unilatérale de l'employeur relative à la modification du régime obligatoire frais de santé existant, à effet du 1er janvier 2022.

Fait à....., le.....

Nom, prénom, signature