

Modèle d'attestation d'acceptation de taux d'IPP

Je soussigné(e) déclare avoir reçu les conclusions du docteur et en avoir pris connaissance, conclusions mentionnant un taux d'invalidité de % suite à (aux) l'accident (accidents) survenu(s) le(s)

Par la présente, j'atteste être d'accord avec le taux d'invalidité mentionné ci-dessus et retire par conséquent ma demande d'allocation temporaire d'invalidité, établie le sous le numéro de référence

Fait le, à

(Nom – prénom)

Signature