

## **Modèle d'attestation de non-acceptation de taux d'IPP non rémunérable**

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 ne pas être d'accord avec le taux d'invalidité mentionné ci-dessus et maintiens par conséquent ma demande d'allocation temporaire d'invalidité, établie le ..... sous le numéro de référence .....

Fait le ....., à .....

*(Nom – prénom)*

Signature