



## Régularisation des périodes de détachements auprès de l'ATCT

Article 6 du décret N° 1879 - 2007 du 23 - 07 - 2007

**Je soussigné (e),**

- Nom et prénom : ..... I.U.
- Adresse personnelle en Tunisie : ..... Code postal
- Pays de détachement : .....
- Email : .....
- Organisme employeur en Tunisie : .....
- Grade : ..... Niv. de rémunération : Catg. , Ech , Echelon : .....
- Fonction : .....
- Date de début de détachement     
  Jour Mois Année
- Date de renouvellement de détachement     
  Jour Mois Année
- Date de fin de détachement     
  Jour Mois Année

**Je m'engage à régulariser ma situation durant la période de détachement quant au paiement des cotisations au titre du régime de retraite et de l'invalidité au profit de la CNRPS et ce conformément à la modalité ci - après indiquée (1).**

- D'avance et avant échéance  Périodiquement tous les trois mois  
 Mensuellement  Périodiquement à la fin de chaque année

**Je désire continuer de bénéficier des régimes de l'assurance maladie et du capital décès applicables aux agents similaires actifs en Tunisie (1).**

**Je ne désire plus continuer de bénéficier du régime de l'assurance maladie et ne désire pas bénéficier du régime du capital décès applicable aux agents similaires actifs en Tunisie (1).**

..... le .....

**Signature**

### IMPORTANT

**En cas de non paiement des cotisations aux échéances prévues, sont appliquées les dispositions de la loi n° 95-105 du 14 décembre 1995, instituant un régime unique de validation des services.**

(1) Mettre une ( X ) dans la case correspondante.