

# ATTESTATION DÉVOLUTIVE

Lieu : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Identité du déclarant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Identité du bénéficiaire :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien avec le déclarant : \_\_\_\_\_

## Nature de la dévolution :

Par la présente, je soussigné(e), déclare que les droits et obligations attachés à la prestation mentionnée ci-dessous sont transférés au bénéficiaire désigné ci-dessus. Cette attestation a valeur juridique conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et des textes en vigueur en France.

## Détails de la prestation :

Type de prestation : \_\_\_\_\_

Montant mensuel : \_\_\_\_\_

Date de prise d'effet : \_\_\_\_\_

## Engagements et informations complémentaires :

Je certifie l'exactitude des informations fournies dans cette attestation et m'engage à informer sans délai tout changement relatif à cette dévolution. Toute fausse déclaration est passible de sanctions conformément à la loi.

**Signature du déclarant**

**Signature du bénéficiaire**

Signature : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Source originale de ce document :

<https://modele-attestation.com/attestation-devolutive/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://modele-attestation.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.  
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.