

Collectivité ou Établissement public :

N° SIRET :

Adresse :

Interlocuteur dédié au dossier « Protection sociale complémentaire » au sein de votre collectivité :

- Nom :
- Prénom :
- Fonction :
- Tél. :
- Courriel :

Nombre d'agents dans la collectivité :

Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque « Santé »**, d'un montant de€ par agent et par mois à compter du ;

Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque « Santé », et de moduler le montant de la participation financière**, dans un but d'intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents comme il sera indiqué dans la délibération ;

Dans tous les cas, la participation financière devra être comprise entre le montant minimum de 15 € mensuels par agent et le montant mensuel de la cotisation de l'agent éligible.

La collectivité souhaite adhérer à la convention de participation proposée par le CDG42.

Cette déclaration d'intention sera confirmée par délibération(s) en réunion de l'assemblée délibérante qui se tiendra le

Fait à, le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)



Retourner ce document dûment complété à alesaux@cdg42.fr



24 rue d'Arcole
42 000 Saint-Etienne



04 77 42 67 20



www.cdg42.fr