**Déclaration d’intention**

**Convention de participation SANTÉ**

**Collectivité ou Etablissement public :** ………………………………………………………………………………………………….

**N° SIRET** : ………………………………………………………… N° INSEE : ………………………………………………………….

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Prénom Nom : …………………………………………………. Fonction : …………………………………………………………..

Tél : ……………………………………….. Email : …………………………………………………………………………….…..

**Nombre d’agents dans la collectivité :**  ………………………………………………

**Souhaite adhérer** à la convention de participation mise en place par le CDG 80 pour le risque **Complémentaire Santé** à compter du  ……………………………………….

Le montant de la **participation employeur pour le risque Santé** est de ………….. € par agent et par mois.

**OU**

**Dans un but d’intérêt social**, la collectivité souhaite moduler sa participation, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

En application des critères retenus, le montant ANNUEL/MENSUEL de la participation est fixé comme suit :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération(s) en réunion du conseil municipal / syndical / communautaire qui se tiendra le ………………………….., après avoir sollicité l’avis du Comité Social Territorial.

Fait à ……………………………………………………, le ……………..

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

*Merci de retourner ce document complété et signé* ***aux deux destinataires*** *suivants :*

[*psc@cdg80.fr*](mailto:psc@cdg80.fr) *et* [*web-adh-d080@mnt.fr*](mailto:web-adh-d059@mnt.fr)

A réception de ce document, le dossier complet d’adhésion vous sera envoyé.