**Déclaration d’intention**

**Convention de participation Santé CDG 77**

**Collectivité ou Etablissement public :**

**N° SIRET** :

Adresse :

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

Nom Prénom       Fonction

Tél :

Email :

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

**[x]  Souhaite adhérer à la convention de participation mise en place au 01/01/2023 par le CDG 77 pour le risque Complémentaire Santé à la date du**       **.**

**[x]  Souhaite mettre en place une participation financière** pour le risque santé, d’un montant de       par agent et par mois à compter du      .

[ ]  **Envisage de proposer aux partenaires sociaux la mise en place d’un contrat à adhésion obligatoire.**

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération - après avis du CST - en réunion du conseil municipal / syndical / communautaire qui se tiendra le      .

Fait à      , le

Le (la) Maire ou le (la) Président(e)

*Retournez ce document rempli à* *cdg77@mnt.fr*