|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17) CHARENTE-MARITIME – FNCDG | **CONVENTION DE PARTICIPATION SANTE 2026 – 2031** **Centre de Gestion de la** **Charente-Maritime****DECLARATION D’INTENTION** |  |

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

**N° SIRET** : …………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Civilité : ……………… / Nom : ……………………………………………… / Prénom : ………………………………………

Fonction : …………………………………………………………

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

**Effectif total de la collectivité**: ………………………………………………

**La Collectivité souhaite adhérer** à la convention de participation mise en place par le CDG 17 pour le risque **santé** à compter du ……………………………………….

Le montant de **la participation mensuelle employeur pour le risque santé est fixée à ……..€**.

**Dans un but d’intérêt social, et à titre facultatif,** la collectivité souhaite moduler sa participation (exemple : en prenant en compte le revenu des agents), comme suit :

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

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

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

|  |
| --- |
| Fait àLe Le (la) Maire ou le (la) Président(e) |

|  |
| --- |
| ***Déclaration d’intention à retourner complétée et signée aux deux destinataires suivants :******psc@cdg17.fr et*** ***conventionsantecdg17@mnt.fr***  |

*A réception du présent document, nous vous transmettrons les documents pour formaliser l’adhésion de la collectivité à la Convention de Participation santé.*