##### DEMANDE D'AVIS AU COMITE SOCIAL TERRITORIAL SUR LA PARTICIPATION A LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

##### Décret n°2011-1474 du 10 Novembre 2011 - Décret n°2022-581 du 20 avril 2022

|  |
| --- |
| Collectivité : ……………………………………………… Nombre d’agents titulaires ou stagiaires : ………………………..contractuels : ........... |

|  |
| --- |
| **SANTE**  CONVENTION DE PARTICIPATION **🞎**  Si convention est ce via : le CDG 01🞎 ou autres 🞎(précisez la convention) **……..………………**  OU LABELLISATION **🞎**  MONTANT DE PARTICIPATION A LA COMPLEMENTAIRE SANTE : **🞎** OUI - **🞎** NON  - Pour tous les agents, le montant est fixé mensuellement à : …………..€  - En cas de modulation, veuillez préciser les critères retenus : [La modulation ne peut intervenir que dans un but d’intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale] |
|  |
| **PREVOYANCE**  CONVENTION DE PARTICIPATION **🞎**  Si convention est ce via : le CDG 01🞎 ou autres 🞎(précisez la convention) **…….…………….…**  OU LABELLISATION **🞎**  PARTICIPATION A UNE GARANTIE DE PREVOYANCE : **🞎** OUI - **🞎** NON  - Pour tous les agents, le montant est fixé mensuellement à : …………..€  - En cas de modulation, veuillez préciser les critères retenus : [*La modulation ne peut intervenir que dans un but d’intérêt social, en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale]* |
| La participation ne pourra excéder le montant de la cotisation ou la prime qui serait dû en l’absence d’aide. |

Fait le : ……….. A :

Nom et signature de l'autorité territoriale :