## Déclaration d’intention d’adhésion à la Convention de participation pour le Risque Santé souscrite par le CDG 52

**Collectivité ou Etablissement public :**

**N° SIRET** :

Adresse :

Interlocuteur dédié au dossier 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 ……………… euros par agent et par mois à compter du ……………….. ;

**[ ]** Souhaite mettre en place une **participation financière pour le risque Santé**et de fixer un montant représentant …. % de la cotisation versée mensuellement par les agents adhérents de ladite convention ;

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 Centre de Gestion et la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT). Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération(s) 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* cdg52@cdg52.fr