**Déclaration d’intention**

**Convention de participation Prévoyance salaire CDG 27**

**Collectivité ou Etablissement public :**

N° SIRET :

N° INSEE :

Adresse :

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

Nom Prénom       Fonction

Tél :

Email :

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

**Souhaite adhérer à la convention de participation mise en place au 01/01/2023 par le CDG 27 pour le risque Prévoyance salaire.**

**Souhaite mettre en place une participation financière** pour le risque prévoyance, d’un montant de       € par agent et par mois à compter du       (date d’entrée dans la convention de participation).

Cette déclaration d’intention sera confirmée par délibération 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 marine.lebled@mnt.fr***