Collectivité/Etablissement  ………………………………………………

Adresse  ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

CP – Ville ………………………………………………………………………

COMITE SOCIAL TERRITORIAL

**PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE**

|  |
| --- |
| **A ENVOYER A L’ADRESSE SUIVANTE :** [**instances.consultatives@cdg72.fr**](file:///\\UXENSVR\%7bFD34A37F%7d\EXT\WJ\instances.consultatives@cdg72.fr) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Montant mensuel brut pour un agent à temps complet** | **Garantie ‘Prévoyance’ (1)**  ***(Maintien de salaire)*** | **Garantie ‘Santé’ (1)** |
| *Montant préconisé par le CST :* ***15€*** | *Montant préconisé par le CST :* ***20€*** |
| *Position adoptée par le CST lors de sa réunion du 14 mai 2019* | |
| **Montant unique pour tous les agents** | ………………… € | ………………..€ |
| ***OU*** | | |
| **Montans distincts selon les indices bruts** | IB…... à IB……….… ..….…… €  IB…….. à IB ………... ………… €  IB……… à IB …….….. .…… €  Au-delà de l’I Brut.…. ..…..…... € | IB……. à IB……….… ..….…… €  IB……. à IB ………... ………… €  IB…… à IB …….….. .…….… €  Au-delà de l’I Brut ……. ..……….. €  ***Si critères d’attribution spécifiques******les indiquer au verso*** |

(1)Renseigner l’une ou l’autre rubrique, ou les deux, en fonction du choix opéré

Fait à ………………………………………………le………………………………………… *Signature de l’autorité territoriale*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| AVIS du COMITE SOCIAL TERRITORIAL en date du :.................................................................... | | | | |
| ***Collège des représentants du personnel*** | | ***Collège des représentants des collectivités*** | | |
| Nombre de votants : | | Nombre de votants : | | |
| Avis favorable(s) : | Avis défavorable(s) : | Avis favorable(s) : | Avis défavorable(s) : | |
| Si avis défavorable à l’unanimité de ce collège  *Une réunion du CST doit être programmée*  Date prévue :………………………………  Ce dossier, modifié ou non, doit faire l’objet d’une nouvelle saisine à la date indiquée. | | // | | |
| □ Autre(s) – *cf. courrier joint* | | |

Le Président du Comité social territorial

Daniel COUDREUSE

**1/2**

**Garantie ‘santé’**

*Critères d’attribution* :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2/2**