

ATTESTATION EMPLOYEUR

OFFRE FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE MMJ LABELLISEE

Je soussigné(e) _____

atteste que M _____ est employé(e) depuis le _____

au sein de la Collectivité Territoriale suivante : _____

Conformément aux termes du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, la collectivité ci-dessus dénommée prend en charge une partie de la cotisation afférente à l'adhésion de cet agent à l'offre Fonction-publique Territoriale Labellisée de la MMJ dans les conditions suivantes :

■ Montant de la participation :

_____ €

Ou

_____ % de la cotisation

■ Périodicité de versement de la participation :

mensuelle

annuelle

par année civile

de date à date (dans ce cas, précisez la date de début : ____ / ____ / ____)

La participation est versée directement à l'agent.

Par exception à cette règle, si la collectivité souhaite verser la participation à la MMJ, merci d'indiquer les modalités de versement envisagées et leur périodicité en envoyant un courriel à mutualisation@mmj.fr

En cas de changement de la situation professionnelle de l'agent, il est indispensable d'en informer sans délai les services de la MMJ.

Date, cachet et signature