Commune de ...............................................

Adresse .........................................................

**ATTESTATION OBLIGATION D’INFORMATION DISPOSITIF SANTE**

Je soussigné(e) ......................................................................................................................., agent(e) de la Commune de ....................................................................

**CERTIFIE** avoir été informé(e) du dispositif retenu par la Commune pour participer financièrement au risque Santé.

A compléter par la Commune :

Dispositif retenu par la Commune de ..................................................................

Contrat collectif à adhésion facultative (participation versée uniquement si adhésion de l’agent)

Contrat individuel labellisé de l’agent (fournir l’attestation de la labellisation du contrat afin de bénéficier de la participation employeur)

Fait à ..................................... le .........................................................

Signature de l’agent