

# CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE RISQUES STATUTAIRES

Commune de .....

Autre établissement .....

## EFFECTIFS ET TRAITEMENTS

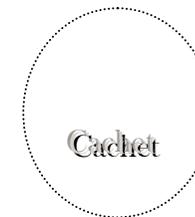
Agents affiliés à la CNRACL	Nombre au 01/06/2024	Traitements mensuels bruts SFT et NBI inclus (hors primes et hors charges patronales)		TRAITEMENTS ANNUELS
Stagiaires et titulaires à temps complet		€	X12	€
Stagiaires et titulaires à temps non-complet		€	X12	€
Agents non affiliés à la CNRACL	Nombre au 01/06/2024	Traitements mensuels bruts SFT et NBI inclus (hors primes et hors charges patronales)		TRAITEMENTS ANNUELS
Stagiaires et titulaires à temps non-complet		€	X12	€
Contractuels de droit public à temps complet ou non complet		€	X12	€

M. Mme ....., Maire, Président(e) demande à participer à la consultation lancée par le Centre de gestion pour la couverture des risques statutaires

Fait à

le

Signature



*Document à retourner au CDG accompagné, pour les collectivités non adhérentes au contrat groupe, de l'état de sinistralité des trois dernières années et de l'année en cours (informations à demander à votre assureur actuel) **pour le 16 septembre 2024 à 12h00, dernier délai***