

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE (C.R.C.C)


Formulaire à transmettre impérativement **9 mois** avant la date de départ souhaitée à :
Madame le Secrétaire de la Caisse de Retraite Complémentaire
Centre Hospitalier Princesse Grace – Direction des Ressources Humaines
Avenue Pasteur – BP N°489 – MC 98012 – Monaco Cedex

Nom : Prénom :


Nom de naissance :


Né(e) le : à :

Grade : Service :

 Adresse personnelle :

.....
.....

 Téléphone fixe / portable :

 Email :



Madame le Secrétaire Général,

J'ai l'honneur de demander à faire valoir mes droits à pension de retraite complémentaire (CRCC) à compter du :

01 / /

(même date d'effet que celle de la retraite de base)

A cette date, j'aurai épuisé tous mes droits à congés et reliquat de jours de récupération.

Veillez agréer, Madame le Secrétaire Général, l'expression de mes sentiments dévoués.

Fait à : le :

Signature :

« Le CHPG collecte vos données personnelles conformément à la politique de protection des données dédiée au personnel. Celle-ci vous informe conformément à la loi monégasque en vigueur et au Règlement Général sur la Protection des données (RGPD). Elle est accessible de manière permanente sur l'intranet et comme indiqué, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, portabilité, d'opposition par voie postale ou en adressant un email à l'adresse dpo@chpg.mc. »