

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SURCOTISATION RETRAITE (Agent à temps partiel)

Formulaire à transmettre impérativement à :
Madame le Directeur des Ressources Humaines
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 :

Quotité de temps de travail : Temps partiel à compter du :

 Adresse personnelle :

.....
.....

 Téléphone fixe / portable :

 Email :

Demande de surcotisation retraite à compter du / /

Vous travaillez à temps partiel à :	Vous pouvez surcotiser pendant :
50 %	2 ans
60 %	2 ans et 6 mois
70 %	3 ans et 4 mois
80 %	5 ans
90 %	10 ans

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. »