

DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE CNRACL

Collectivité

Raison sociale : _____

Personne en charge du dossier – Nom et Prénom : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Numéro SIRET : _____

Agent

Nom d'usage : _____ Nom patronymique : _____

Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Adresse postale : _____

Service militaire :

☐ oui : Période du _____ au _____ ☐ non

L'agent présente-t-il une incapacité permanente au moins égale à 50 % : ☐ oui ☐ non

Situation matrimoniale : ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ autre _____

Les informations collectées dans ce formulaire seront traitées par le service relais cnrACL du centre de gestion. Les données seront conservées le temps nécessaire au traitement du dossier conformément à la Loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD 2016/679). Vous pouvez consulter le site www.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CDG16 : dpo@cdg16.fr.

Situation administrative de l'agent

Grade : _____

☐ Catégorie active

☐ Catégorie sédentaire

Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) :

☐ oui

☐ non

Complément de Traitement Indiciaire (CTI) :

☐ oui

☐ non

Demande de retraite progressive

Date du courrier de demande de retraite progressive : _____

Date d'effet de la retraite progressive : _____

Quotité : _____

Relevé des congés pour raison de santé sur l'ensemble de la carrière
Uniquement pour les agents pouvant bénéficier d'un départ anticipé pour
carrière longue

Type	Périodes (du ... au ...)
Congés de maladie ordinaire	
Congés de longue maladie/longue durée	
Congé d'invalidité temporaire imputable au service (accident de service, accident de trajet, maladie professionnelle)	
Disponibilité d'office pour maladie	

3

À _____

Le _____

Signature de l'autorité territoriale
et cachet de la collectivité