



DEMANDE DE PRESTATION

## DÉPART À LA RETRAITE



DRET

Cocher la prestation demandée :

- Retraite par limite d'âge                       Retraite pour invalidité, inaptitude physique ou décès de l'agent  
 Congé de fin d'activité                       Démission, licenciement ou bénéficiaire du FMESPP  
 Retraite mère de famille de 3 enfants et plus (sans condition d'âge)

Numéro C.G.O.S  lettre

Etablissement .....

Nom - Prénom .....

Nom de naissance .....

Adresse .....

Code postal  Ville .....

E-mail personnel .....

Date de naissance  /  /

Date de cession d'activité  /  /

En cas de retraite à jouissance différée, préciser la date effective de la retraite  /  /

En cas de décès, préciser la date du décès  /  /

### Pour bénéficier de cette prestation, vous devez :

- avoir constitué au préalable votre dossier C.G.O.S ;
- faire compléter le tableau figurant au verso de ce formulaire par votre dernier établissement employeur ;
- joindre, suivant les cas :
  - pour les titulaires : la décision administrative de mise à la retraite, délivrée par l'établissement (y compris en cas d'invalidité) ;
  - pour les contractuels : l'attestation d'emploi confirmant la mise à la retraite, complétée par le (ou les) établissement(s) (parfois attestation de « démission » ou de « fin de contrat » ou de « cessation d'activité ») ;
  - la décision de radiation pour inaptitude physique ou de mise à la retraite pour invalidité ;
  - pour les agents reconnus victimes de l'amiante : l'attestation de la CRAM prouvant que l'agent bénéficie de l'allocation de cessation anticipée d'activité ou attestation de reconnaissance de maladie professionnelle ;
  - pour les agents bénéficiaires du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés : la décision de radiation et décision de mise à la retraite ;
  - en cas de décès de l'agent en activité vivant en concubinage ou pacs : tout justificatif (avis d'impôt sur le revenu, etc.) permettant de vérifier la vie commune, lorsque l'agent ou le concubin/pacsé n'est pas connu du C.G.O.S.

### IMPORTANT

Lors de votre départ à la retraite, toute somme restant due au C.G.O.S sera prélevée sur votre prestation Départ à la retraite. Si ce montant excède celui de la prestation Départ à la retraite, vous devrez en rembourser le solde (cela est notamment le cas si vous avez bénéficié d'une aide remboursable du C.G.O.S ou du Fonds Social Logement et que vous n'en avez pas terminé le remboursement).





ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR			DÉTAIL DES PÉRIODES	TOTAL		
Nom	Ville	Département		A	M	J
<b>Périodes de services effectifs (activité) *</b>						
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
<b>Périodes de disponibilité d'office pour maladie</b>						
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
<b>Périodes de service national obligatoire</b>						
			Du ..... au ..... inclus			
			Du ..... au ..... inclus			
<b>TOTAL</b>						

\* Loi n°83.634 du 09/01/1986. Décret n°88.976 du 13/10/1988.  
Les années d'études rachetées sont prises en compte.

## DEMANDE À RETOURNER AU C.G.O.S DE VOTRE RÉGION

*Je certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des conditions applicables à cette prestation et les respecter.*

*Je soussigné(e) déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus. Il est rappelé que quiconque se rend coupable de fraude, production de documents falsifiés comme justificatifs, fausse déclaration est passible de peines d'amende et/ou d'emprisonnement.*

*J'ai bien noté que le C.G.O.S, responsable de traitement, met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel pour la gestion des demandes d'action et de prestations et que ces données renseignées dans ce formulaire peuvent également être utilisées pour m'informer et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les informations demandées sont toutes nécessaires à la gestion de ma demande. En application des dispositions de la loi informatique et libertés du 06.01.1978, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes relativement à l'ensemble des données me concernant, qui s'exerce par demande écrite signée accompagnée d'une copie d'un titre d'identité et adressée par courrier postal auprès du correspondant informatique et libertés au siège social du C.G.O.S ou par courrier à [cil@cgos.asso.fr](mailto:cil@cgos.asso.fr).*

Fait le ..... / ..... / .....

**Signature de l'agent ou du retraité  
ou de la personne qui bénéficiera de la prestation**  
(obligatoire)

**Cachet de l'établissement, date et signature  
du correspondant C.G.O.S** (obligatoire)