

## ATTESTATION EMPLOYEUR

Le ministère de l'agriculture, de la souveraineté alimentaire et de la forêt, ses opérateurs et établissements d'enseignement agricole du secondaire et du supérieur ayant signé un accord collectif instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé pour les agents qui prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2025,

M (Prénom, Nom) .....

Affecté en poste à .....

a donc obligation d'être affilié à ce régime complémentaire.

Fait pour valoir ce que de droit, à                      le

Nom et qualité du signataire

Tampon de la structure