

DPE - SAGIPE*

18 28 36 37 41 45

*cocher votre département d'affectation

Supplément Familial de Traitement
2^{ème} parent non fonctionnaire

ANNEXE 1

A remplir par l'agent géré par le SAGIPE

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

établissement :

.....

grade :

N° INSEE

atteste sur l'honneur que le 2^{ème} parent

NOM :

Prénom :

travaille dans le secteur privé

est sans emploi

et ne perçoit pas de supplément familial de traitement.

Date et signature de l'agent