ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

DEMANDE DE RETRAITE

A adresser, impérativement 8 mois avant
la date de départ souhaitée, à l'adresse suivante :

Siège de l'AP-HP – DRH de l'AP-HP
DGP – SCPM – Centre de Services Partagés – Secteur Retraite
3 avenue Victoria – 75184 PARIS CEDEX 04

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'AP-HP

3 avenue Victoria
75184 PARIS Cedex 04
www.aphp.fr

DÉPARTEMENT DE LA GESTION DES PERSONNELS

SERVICE DES CONTRACTUELS & DES PROCESSUS MUTUALISÉS

CENTRE DE SERVICES PARTAGÉS

Téléphone : 01 45 13 68 00
Secrétariat : 01 45 13 68 01
Télécopie : 01 45 13 68 10
Courriel : csp-dgp.drhap@sap.aphp.fr

Madame la Directrice Générale,

J'ai l'honneur de faire valoir mes droits à pension à compter

du |___|___| |___|___| |___|___|___|___| (jj/mm/aaaa)

Pour le motif suivant :

- ❒ Pension normale
- ❒ Carrière longue
- ❒ 15 ans de services & parent de 3 enfants ou plus
- ❒ Parent d'enfant(s) handicapé(s) à plus de 80 %
- ❒ Invalidité
- ❒ Conjoint(e) invalide

Vous voudrez bien trouver ci-après les renseignements me concernant :

Nom Patronymique :.....

Nom d'Usage :.....

Prénom :.....

Grade :.....

Identifiant APH : |___|___|___|___|___|___|___|

Etablissement :.....

Date de naissance : |___|___| |___|___| |___|___|___|___|

Date d'entrée à l'AP-HP : |___|___| |___|___| |___|___|___|___|

Adresse personnelle :.....

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville :.....

Veuillez agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de mes sentiments les plus respectueux et dévoués.

Fait à..... Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Visa & cachet du Directeur d'établissement **Signature de l'agent**