Demande d’intervention financière

SELECTION MEDICALE (groupe2) N°…………………

Délai de demande : la demande d’intervention financière doit parvenir au FSTL dans un délai de trois ans après la date de délivrance du nouveau permis de conduire.

## CADRE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entreprise: | |  | | | |
| Rue et Numéro: | |  | | | |
| Code Postal: | | Commune: | | | |
| Personne de contact: | |  | | | |
| Fonction: | |  | | | |
| Numéro-ONSS   (obligatoire): | | 083 -  - | | | |
| Téléphone: | | GSM: | | | |
| E-mail: | | | | | |
|  | | | |
| Demande l’intervention prévue par le FSTL dans les frais de la sélection médicale de ses ouvriers mentionnés dans la grille en annexe.  Déclare que les travailleurs concernés étaient déclarés à l’ONSS en tant qu’**OUVRIERS** sous le numéro d’ONSS mentionné ci-dessus.  *(la sélection médicale des chefs d’entreprise, employés, intérimaires …* ***ne sont pas*** *prises en considération).*  Confirme avoir payé tous les frais de la sélection médicale des ouvriers mentionnés sur ce formulaire de demande.  Les pièces justificatives suivantes sont joints:   1. Une copie recto verso, bien lisible, du nouveau permis de conduire (sur une page) 2. Si la période de la sélection médicale est moins de cinq ans, une copie de l’attestation d’aptitude à la conduite 3. Si la période de validité de la sélection médicale commence avant la date d’emploi du travailleur,  une copie de la facture de la sélection médicale au nom de l’entreprise t une copie de l’attestation d’aptitude à la conduite | | | |
| L’intervention peut être versée sur le compte bancaire suivant de l’entreprise: | | IBAN BE **-  -  -** BIC | |

|  |  |
| --- | --- |
| Date: | . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa) |

Veuillez écrire ci-dessous “Déclaré sincère et véritable”

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature:



**Cachet de l'entreprise:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l'entreprise: | |
| UNE CASE A REMPLIR POUR CHAQUE OUVRIER | |
| *Les sélections médicale de chefs d’entreprise, employés, intérimaires, …* ***ne sont pas*** *prises en considération*. | |
| **Données personnelles** | **Dates de validité du permis de conduire (jj/mm/aaaa)** |
| Nom:    Prénom:    n° de registre national:  -  - | Date de la sélection medicale groupe 2:  /  /  Date échéance de la sélection medicale:  /  /  *(côté arrière du permis colonne 11)* |
| Nom:    Prénom:    n° de registre national:  -  - | Date de la sélection medicale groupe 2:  /  /  Date échéance de la sélection medicale:  /  /  *(côté arrière du permis colonne 11)* |
| Nom:    Prénom:    n° de registre national:  -  - | Date de la sélection medicale groupe 2:  /  /  Date échéance de la sélection medicale:  /  /  *(côté arrière du permis colonne 11)* |
| Nom:    Prénom:    n° de registre national:  -  - | Date de la sélection medicale groupe 2:  /  /  Date échéance de la sélection medicale:  /  /  *(côté arrière du permis colonne 11)* |
| Nom:    Prénom:    n° de registre national:  -  - | Date de la sélection medicale groupe 2:  /  /  Date échéance de la sélection medicale:  /  /  *(côté arrière du permis colonne 11)* |