Demande intervention financière BUDGET DE FORMATION

Délai de demande: la demande d'intervention financière doit parvenir au FSTL dans un délai de trois ans, après la dernière journée de formation

## 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 dans les frais d’une formation continue pour les ouvriers mentionnés dans la grille en annexe, et déclare que ces travailleurs sont déclarés à l’ONSS en tant qu’ OUVRIERS sous le numéro ONSS 083.  (*Les formations de chefs d’entreprise, employés, intérimaires … ne sont pas prises en considération*.) | | |
| Formation interne (formation dispensée par du personnel propre)   |  |  | | --- | --- | | Nom de la formation:  Max. une formation par demande |  | | Nom du formateur: |  | | Nombre d’heures en total de formation dispensé par le formateur interne  Est-ce une formation donnée sur plusieurs jours : | heure(s) (*avec un minimum d’une heure*) | | | |
| Formation externe (formation dispensée par un opérateur de formation externe)   |  |  | | --- | --- | | Nom/module de la formation  max une module par demande: |  | | Nom opérateur de la formation: |  |   Les pièces justificatives suivantes doivent être joints à la demande:  1. Une copie de la facture, établie au nom de l’entreprise, reprenant le montant net (hors TVA) ainsi que les noms  des participants à la formation. Si les noms ne figurent pas sur la facture, vous ajoutez la liste des présences  signée, par le formateur.  2. Pour un ouvrier récemment engagé, une copie de sa première fiche de salaire. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Remplissez à nouveau* Nom de la formation: |  |
| Entreprise: |  |

L’intervention peut être versée sur le compte bancaire suivant de l’entreprise:

IBAN BE ** -  -  - ** BIC ****



**Cachet de l'entreprise:**

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

Veuillez écrire ci-dessous “Déclaré sincère et véritable”:

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

Signature employeur:

|  |  |
| --- | --- |
| *Remplissez à nouveau.*  Nom de la formation: |  |
| Entreprise: |  |

Uniquement s’ il s’agit d’une formation continue obligatoire pour chauffeur vous pouvez :

- soit compléter cette 3ième page

- soit joindre une liste de présence lisible et signée de l’opérateur de formation sur laquelle toutes les informations,   
 ci-dessous, sont reprises.

Sur cette liste vous cochez clairement pour quels participants vous demander l'intervention.

Pour toutes les autres formations vous devez compléter cette page

|  |
| --- |
| UNE CASE A REMPLIR POUR CHAQUE OUVRIER |
| les formations de chefs d’entreprise, employés, intérimaires … ne sont pas prises en considération. |
| **Données personnelles** | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom: |  | | Prénom: |  | | N° de registre national: | -  - | | Date de formation (jj/mm/aaaa): | /  / | | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom: |  | | Prénom: |  | | N° de registre national: | -  - | | Date de formation (jj/mm/aaaa): | /  / | | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom: |  | | Prénom: |  | | N° de registre national: | -  - | | Date de formation (jj/mm/aaaa): | /  / | | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom: |  | | Prénom: |  | | N° de registre national: | -  - | | Date de formation (jj/mm/aaaa): | /  / | | |