Demande intervention financière BUDGET DE FORMATION
 *N°……………………………*

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 interneEst-ce une formation donnée sur plusieurs jours : |  heure(s)   |

 |
|  Formation externe (formation dispensée par un opérateur de formation externe)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom/module de la formationmax une module par demande: |  |
| Nom opérateur de la formation: |  |

Les pièces justificatives suivantes doivent être joints à la demande:* . 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 présence du formateur, signée par  les participants. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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:

|  |  |
| --- | --- |
| *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): |  /  /  |

 |