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 interne  Est-ce une formation donnée sur plusieurs jours : | heure(s) | | | |
| 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:   * . 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): | /  / | | |