DEMANDE D'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

F15

À retourner à:

SEFOCAM - FONDS SOCIAL DES ENTREPRISES DE CARROSSERIE (S.C.P. 149.02)
Avenue du Marly 15/8 – 1120 BRUXELLES

T. +32 2 761 00 70
e-mail: FBZ-FSE@sefocam.be

Pour être recevable, la demande doit être dûment complétée et signée et assortie :

- D'une copie de la lettre de licenciement ;
- Du certificat de chômage C4 (en cas du paiement d'une indemnité de préavis) OU d'une copie du contrat de travail (en cas de prestation d'un délai de préavis);
- D'une copie datée et signée de la convention sectorielle type de reclassement professionnel;
- D'une copie de la facture et de la preuve de paiement.

Seuls les frais de reclassement professionnel encourus du 1er octobre 2019 au 30 juin 2025 entrent en compte pour l'intervention à charge du fonds social..

A COMPLETER EN MAJUSCULES PAR L'EMPLOYEUR OU LE REPRESENTANT LEGAL

Nom et forme juridique de l'entreprise ……

Identification *(n° BCE)* de l'entreprise ……

Coordonnées de l'entreprise:

Rue …… n° …… boîte ……

Code postal …… Commune ……

Identification (*n° d'établissement*) de l'établissement pour laquel le reclassement professionnel est effectué : ……

Coordonnées de l'établissement:

Rue …… n° …… boîte ……

Code postal …… Commune ……

N° O.N.S.S. complet: ⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Tél. …… / …… e-mail: …… @ ……

Représenté par …… *(nom, prénom et qualité)*

Déclare avoir droit à une intervention dans les frais d'accompagnement au reclassement professionel de …… euros *(plafonné à 1.500 euros, montant facturé hors TVA – 500 euros)*.

Pour: …… *(nom et prénom de l'ouvrier(ère))*

Avec n° de registre national ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋ ⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋⌊ ⌋-⌊ ⌋⌊ ⌋

Joint à la présente (*veuillez biffer la mention inutile):

- Une copie de la lettre de licenciement;
- *Le certificat de chômage C4;
- *Une copie du contrat de travail;
- Une copie datée et signée de la convention sectorielle type de reclassement professionnel;
- Une copie de la facture et de la preuve de paiement.

Déclare que l'ouvrier/l'ouvrière *EST / *N'EST PAS (***veuillez biffer la mention inutile***) concerné(e) par la restructuration, la fermeture ou la faillite de l'entreprise.

Le fonds social peut contacter …… *(courriel de la personne à contacter)*.

N° de compte sur lequel le remboursement doit être versé: S'il s'agit d'un compte étranger, veuillze remplir n° BIC

N° de compte IBAN ……

Date: …… / …… / 20 ……

Signature:
Précédée de la mention "certifié conforme"

……

REMARQUE : L'ayant-droit et l'organisme de paiement sont priés de vérifier l'exactitude de toutes les mentions, en particulier le numéro de registre national et les dates, et, le cas échéant, d'en demander la rectification suivant la procédure prévue. Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier du fonds social. Les données à caractère personnel que vous transmettez moyennant le présent formulaire, seront traitées par le fonds social des entreprises de carrosserie. Elles seront traitées conformément aux dispositions du Règlement général européen relatif à la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Le fonds social traite les données à caractère personnel exclusivement aux fins auxquelles elles sont collectées, à savoir l'obligation légale de règlement et d'assurance de l'octroi et du versement des indemnités complémentaires aux ouvriers de la SCP 149.02. Les données à caractère personnel seront collectées tant que ces fins le requièrent. Vous bénéficiez d'un droit de regard sur vos données à caractère personnel. Vous bénéficiez du droit d'accès, de consultation et, le cas échéant, de rectification. Dans certains cas et lorsqu'ils sont pleinement justifiés, vous pouvez requérir le droit de suppression de vos données à caractère personnel. Pour exercer ces droits, veuillez prendre contact avec le fonds social