

|  |
| --- |
|  **Formulaire de réponse** |

**DIRECTION VII / MARIBEL SOCIAL**

**Votre personne de contact :**

Stéphanie Clais

Tél. : 02 509 20 53

Courriel : maribel@onss.fgov.be

**Demande de données par le Fonds Maribel Social du Secteur Public pour la fixation des critères de répartition en vue du financement en compensation de l’octroi de congés supplémentaires à certaines catégories de personnel de l’année 2024**

## **Identification de l’employeur**

* 1. Nom de l’employeur : ……………………………………………………………………………..
	2. Numéro BCE : ……………………………………………………………………………………….
	3. Numéro de téléphone :.................................……………………………………………………
	4. Personne de contact :....................................................………………………………………
	5. E-mail : ……………………………………………………………………………………………..

## **Données des travailleurs auxquels des congés supplémentaires ont été accordés[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Niss** | **Fonction** | **Nombre total d’heures de congés supplémentaires pour l’année 2024 – exprimé en décimales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Niss** | **Fonction** | **Nombre total d’heures de congés supplémentaires pour l’année 2024 – exprimé en décimales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Total Nombre travailleurs : ………………………… Total heures : …………………………..**

## **Application de l’accord social concernant les secteurs fédéraux de la santé**

L’employeur déclare appliquer les conditions de l’accord social concernant les secteurs fédéraux de la santé 2005 – 2010 à partir du …………………...(mentionner la date).

*“Je confirme sur l’honneur que la présente déclaration est sincère et complète »*

Fait à................................, le .........................

Signature et qualité des signataires,

 .................................. ..........................…..

Visa des organisations syndicales représentatives

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Dénomination des organisations syndicales | Observations ajoutées | Nom du signataire | Signature |
| 1. |  | OUI/NON |  |  |
| 2. |  | OUI/NON |  |  |
| 3. |  | OUI/NON |  |  |

1. Au cas où vous souhaiteriez déclarer un plus grand nombre de travailleurs, prière de mentionner les mêmes données que celles se trouvant dans le tableau ci-dessous dans une annexe qui devra également être signée par les organisations syndicales représentatives [↑](#footnote-ref-1)