|  |
| --- |
| **Formulaire de réponse annexé à la communication 2015/07** |

**Demande de données par le Fonds Maribel social du secteur public pour la fixation des critères de répartition des moyens financiers pour l’occupation de remplacement en compensation de l’octroi de congés supplémentaires à certaines catégories de personnel pour l’année 2015.**

**1. Identification de l’employeur :**

1.1. Dénomination de l’employeur : …………………………………………………..

1.2. Numéro  d’entreprise: …………………………………………….

1.3. Adresse : ………………………………………………..……………………………………

Rue : ………………………………………………. Numéro :…………..

Code postal :………….. Commune :………………………..

1.4. Numéro de téléphone : ………………………………………..

1.5. Personne de contact : ………………………………………………

1.6. E-mail : ………………………………………………………………..

**2. Données des travailleurs auxquels des congés supplémentaires ont été accordés¹ :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Niss** | **Fonction** | **Nombre total d’heures de congés supplémentaires pour l’année 2015 – exprimé en décimales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

¹ Si tous les travailleurs ne peuvent pas être repris dans le tableau ci-dessous, prière de mentionner pour ces travailleurs les mêmes données que celles se trouvant dans le tableau ci-dessous dans une annexe séparée à faire signer par les organisations syndicales représentatives.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom** | **Niss** | **Fonction** | **Nombre total d’heures de congés supplémentaires pour l’année 2015 – exprimé en décimales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TOTAL : ……………..**

**3. Application de l’accord social relatif aux secteurs fédéraux de la santé :**

L’employeur déclare appliquer les conditions de l’accord social relatif aux 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** |
|  |  | OUI / NON |  |  |
|  |  | OUI / NON |  |  |
|  |  | OUI / NON |  |  |