**FORMULAIRE DE DEMANDE D’INTERVENTION TEMPS DE FORMATION**

**Seul les modules de formation agréés par le SPF Mobilité et Transport donnent droit à l’intervention du Fonds Social**

Le soussigné,………………………………………………............................................................................, agissant pour l’entreprise .......……………………................................... ONSS: 085-..................-....... déclare que les travailleurs suivants, ressortissant à la Commission Paritaire 140.01, ont suivi le module .......................................................................... et ont été rémunérés pour le temps de formation (7h. ou 14h.).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Date (1)** | **N° de RN - Nom/Prénom** | **(2)** |  | **Date (1)** | **N° de RN - Nom/Prénom** | **(2)** |
| **1** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M | **6** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M |
| **2** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M | **7** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M |
| **3** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M | **8** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M |
| **4** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M | **9** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M |
| **5** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M | **10** | **.…/.…/….(1)** | **⃝⃝⃝⃝⃝⃝ - ⃝⃝⃝ . ⃝⃝**  .......................…………………… | C B S M |

**(1): date à laquelle le module de formation a été suivi. Si un module se donne sur plusieurs journées, merci de compléter comme date le jour de fin du module (7h. ou 14h.) (par ex. la 2ième demi journée dans un module pratique ou la 2ième journée dans le module combiné sur simulateur et voie publique).**

**(2) C**: services occasionnels **B**: services réguliers (Bus TEC-VVM) **S:** services réguliers spécialisés **M:** garage

**Si B merci de spécifier : TEC ou VVM**

La situation suivante est d’application (veuillez cocher) : la formation pour laquelle l’intervention est demandée a été suivie :

🔾 auprès de FCBO.

🔾 auprès d’un autre institut de formation agréé. Une copie du certificat de formation continue par travailleur doit être transmise au Fonds Social.

Le remboursement peut être effectué sur le compte bancaire suivant : … …. … - … … … … … … … - … …

Fait à ............................................................, le …. / ….. / 20….

Signature de l’employeur, **précédée de la mention manuscrite “Certifié sincère et véritable"** Cachet entreprise