



Demande approbation PLAN DE FORMATION

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e) (nom):

Fonction:

Entreprise:

N° ONSS: 083 -

Adresse entreprise:

N° de téléphone: / (fax: /)

(e-mail:)

Demande au Fonds Social Transport et Logistique d'approuver le plan de formation repris ci-après en vue de pouvoir prétendre à l'intervention financière.

Il/elle déclare que les participants à la formation sont déclarés en tant qu'**OUVRIERS** sous le n° d'ONSS mentionné ci-dessus.

PLAN DE FORMATION

Nom et description de la formation	
Nom opérateur de formation (si la formation est donnée par du personnel propre à l'entreprise, mentionnez le nom du formateur et sa fonction)	
Le(s) groupe(s)-cible de la formation est (sont):	<input type="checkbox"/> Chauffeurs <input type="checkbox"/> Ouvriers logistiques <input type="checkbox"/> Personnel garage <input type="checkbox"/> autres: (fonction)	
La formation entre-t-elle dans le cadre du recyclage obligatoire, tel que fixé par l'AR Aptitude professionnelle chauffeurs professionnels? (en vigueur à partir du 10/09/2009)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

A COMPLETER PAR soit le CONSEIL d'ENTREPRISE, soit le CPPT soit la DELEGATION SYNDICALE. Si ces organes de concertation n'existent pas dans l'entreprise, à compléter par l'employeur. Si ces organes de concertation existent au sein de l'entreprise, seul l'organe le plus élevé est indiqué.

Plan de formation approuvé par: <input type="checkbox"/> Conseil d'Entreprise <input type="checkbox"/> Comité de Prévention et Protection au Travail <input type="checkbox"/> Délégation Syndicale <input type="checkbox"/> Employeur, si aucun des trois organes de concertation repris ci-dessus n'est présent	Date: / / Nom, signature et fonction délégué(s) des organes de concertation:
--	---

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Date: _____ Cachet de l'entreprise: _____ Signature, précédée de la mention manuscrite "déclaré sincère et véritable": _____