

FIDELITE A L'ENTREPRISE ANNEE CALENDRIER 2019
DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU COUT SALARIAL RELATIF A L'OCTROI
AVANT LE 01.07.2019

* D'UN JOUR D'ABSENCE REMUNEREE APRES AU MOINS 15 ANS D'ANCIENNETE

OU

* DEUX JOURS D'ABSENCE REMUNEREE APRES AU MOINS 20 ANS D'ANCIENNETE

(ARTICLE 19 DE LA CCT CHIFFONS DU 17.12.2015)

OU

* TROIS JOURS D'ABSENCE REMUNEREE APRES AU MOINS 25 ANS D'ANCIENNETE

(ARTICLE 13 DE LA CCT CHIFFONS DU 27.06.2017 – ACCORD NATIONAL 2017-2018)

L'employeur désigné ci-après :

.....
déclare par la présente qu'il a renseigné dans cette déclaration globale (voir tableau) **tous les ouvriers/ouvrières** (Sous-Commission Paritaire 142.02) qui comptaient au cours de l'année 2019 **au moins 15 ans, 20 ans ou 25 ans** d'ancienneté au sein de son entreprise.

Il confirme qu'il a octroyé - à la date indiquée - à tous les ouvriers/ouvrières figurant sur cette liste un jour (15 ans), deux jours (20 ans) ou trois jours (25 ans) d'absence rémunérée au cours de 2019, en application de l'article 19 de la CCT chiffons du 27.06.2017 article 13 – Accord national 2017-2018.

Il confirme d'autre part que tous les jours d'absence figurant sur cette liste ont été effectivement pris en 2019 par les ouvriers/ouvrières concernés et qu'ils ont été rémunérés par lui (salaire jour férié payé).

Il déclare sur l'honneur que le total des salaires bruts à 100% (c. à d. charges sociales exclues) pour ces jours d'absence est égal à (voir tableau) :

A. _____	EUR
----------	-----

et prie par la présente le Fonds Social pour les entreprises de la récupération des chiffons de lui rembourser le montant précité, forfaitairement majoré de 50% de charges sociales, soit au total (majoration de 50% **include**) :

B. _____	EUR
----------	-----

Le montant mentionné dans la case B peut être viré à son compte financier n° :

Il souhaite que la mention ci-dessous soit reprise par le Fonds Social pour les entreprises de la récupération des chiffons dans la zone «communication» de l'ordre de virement :

Certifié sincère et exact, fait à, le/...../.....

L'employeur <cachet, signature et nom du signataire>

Cachet

Signature :

Nom du signataire:

Formulaire à retourner à :

FONDS SOCIAL POUR LES ENTREPRISES DE LA RECUPERATION DE CHIFFONS BLUEPOINT BRUSSELS - BOULEVARD AUGUSTE REYERSLAAN 80, 1030 BRUSSELS – T 02 474 07 26 – INFO.FONDS142@DENUO.BE

Remarque : Le Fonds Social pour les entreprises de la récupération des chiffons se réserve le droit de demander à l'employeur de lui fournir des documents complémentaires à la présente demande.

Les données personnelles que vous fournissez via ce formulaire sont traitées par le Fonds social des entreprises pour la récupération des chiffons. Ces données personnelles sont traitées conformément aux dispositions du Règlement Général Européen sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016. Le Fonds Social pour les entreprises de la récupération des chiffons traite les données personnelles dans le cadre de son obligation légale du versement d'avantages sociaux, le financement de la formation professionnelle et de la sécurité et la santé des salariés. Les données personnelles sont collectées et conservées aussi longtemps que cela est nécessaire et pendant au moins 7 ans. Vous avez le droit de demander l'accès à vos propres données personnelles. Vous pouvez demander vos propres données personnelles, les consulter et, si nécessaire, les faire corriger. Vous pouvez toujours exercer vos droits via privacy@denuo.be. Vous pouvez consulter plus d'informations sur notre politique en matière de protection des données personnelles via notre déclaration de confidentialité sur denuo.be/fr/politique-de-protection-de-la-vie-privee-du-fonds-social-14202