Demande d’intervention financière du   
DEDOMMAGEMENT EN CAS DE LICENCIEMENT

SUITE A LA PERTE DEFINITIVE DE LA SELECTION MEDICALE

**Délai de demande : la demande d’intervention financière doit parvenir au FSTL dans un délai de trois ans après la date de licenciement.**

## CADRE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise: |  |
| Rue et Numéro: |  |
| Code Postal: | Commune: |
| Personne de contact: |  |
| Fonction: |  |
| Numéro-ONSS  (obligatoire): | 083 -  - |
| Téléphone: | Fax: |
| E-mail: | |

Demande l’intervention prévue par le FSTL pour le dédommagement en cas de licenciement suite à la perte définitive de la sélection médicale payé à:

|  |  |
| --- | --- |
| Nom ayant droit: |  |
| n° de registre national: | -  - |
| Déclare que l’ouvrier concerné a été occupé pendant au moins 10 ans durant les 15 dernières années en tant qu’ouvrier dans l’(les) entreprise(s) suivante(s): | |
| Nom employeur: |  |
| N° ONSS: | 083 -  - |
| Date entrée en service: | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Date de sortie | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Nom employeur: |  |
| N° ONSS: | 083 -  - |
| Date entrée en service: | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Date de sortie | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Nom employeur: |  |
| N° ONSS: | 083 -  - |
| Date entrée en service: | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Date de sortie | /  /  (jj/mm/aaaa) |

*Remplissez à nouveau.*

Nom de l'entreprise: 

Nom de l'ouvrier: 

|  |  |
| --- | --- |
| Nom employeur: |  |
| N° ONSS: | 083 -  - |
| Date entrée en service: | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Date de sortie | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Nom employeur: |  |
| N° ONSS: | 083 -  - |
| Date entrée en service: | /  /  (jj/mm/aaaa) |
| Date de sortie | /  /  (jj/mm/aaaa) |

|  |  |
| --- | --- |
| Date perte définitive sélection médicale:    Date licenciement:  Age ouvrier en date du licenciement:  Montant brut du dédommagement payé: | /  /  (jj/mm/aaaa)  /  /  (jj/mm/aaaa)    , euro |
| Les documents suivants sont joints:   1. copie du C4 relatif au licenciement ouvrier concerné; 2. copie certificat perte définitive de la sélection médicale c.-à-d. l’attestation d’aptitude à la conduite groupe 2 ; 3. copie de la fiche salariale avec mention du dédommagement en cas de licenciement suite à la perte définitive de la sélection médicale; 4. copie de l’ancien permis ouvrier ayant droit (recto/verso); 5. copie du nouveau permis ouvrier ayant droit (recto/verso). (si ancien permis encore valable au moment de sa sortie de service). | |
| L’intervention peut être versée sur le compte bancaire suivant de l’entreprise: | IBAN BE **-  -  -** BIC |

|  |  |
| --- | --- |
| Date: | . . / . . / . . . . (jj/mm/aaaa) |

Veuillez écrire ci-dessous “Déclaré sincère et véritable”:

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Signature:



**Cachet de l'entreprise:**