Document à remplir par l'employeur (1 document par employeur)

**Demande de prise en considération de services prestés auprès d'autres institutions publiques pour**

**l'établissement de l'ancienneté pécuniaire au SPF Finances**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Données personnelles de l'agent** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Rue et N° |  |
| Code postal et commune |  |
| Date de naissance | / / |
| Lieu de naissance |  |
| Téléphone |  |
| Adresse e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Données de l'employeur** | |
| Nom de l'employeur |  |
| Rue et N° |  |
| Code postal et commune |  |
| Personne de contact |  |
| Téléphone |  |
| Adresse e-mail |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Indiquez les périodes d'occupation, les fonctions, le régime de travail (100 %, 50 % ...) et l'échelle de traitement (voir exemple)** | | | | | |
| Période d'occupation | Fonction | Statutaire | Contractuel | Volume | Echelle |
| Exemple :  du 1/1/2007 au 31/12/2007 inclus | Assistant administratif | Croix | | 100 % | CA1 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. La période susvisée a-t-elle été interrompue ?** |

**Indiquez une croix**

|  |  |
| --- | --- |
| Oui |  |
| Non |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si **oui**, indiquez les périodes d'interruption | | | |
| Du au | Raison | Nbre de jours | |
| Exemple :  du 1/8/2007 au 31//2007 inclus | Interruption de carrière | 31 | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **5. Congés de maladie** |
| Veuillez joindre un relevé détaillé des congés de maladie pris |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6. L'intéressé(e) avait-il (elle) droit à la prime de bilinguisme ?** | | |
| **Indiquez une croix** | | |
| Oui |  | montant non indexé sur base annuelle : |
| Non |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. L'intéressé(e) avait-il (elle) droit à une prime de développement des compétences ?** | | |
| **Indiquez une croix** | | |
| Oui |  | montant non indexé sur base annuelle : |
| Non |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Indiquez les distinctions honorifiques obtenues** | |
| Description distinction honorifique | Date de l’arrêté |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **9. Signature de l'employeur** |

Remplissez la déclaration qui suit :

« Je confirme que toutes les données figurant dans ce formulaire sont remplies avec exactitude. »

Date / /

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Signature |  |