

Demande d'intervention financière ATTESTATION D'APTITUDE A LA CONDUITE.

F9
Page 1/2

Les deux pages doivent être envoyées au Fonds Social endéans les trois mois suivant la remise du nouveau permis, sous peine de refus de remboursement.

Je soussigné(e), (nom et prénom)

Fonction :

SOCIETE :

RUE :

CODE POSTAL : LIEU :

TEL : FAX :

E-MAIL :

Numéro ONSS : **084/**.....

Demande l'intervention prévue par le Fonds Social dans les frais de l'attestation d'aptitude à la conduite des travailleurs mentionnés à la page suivante.

Je déclare que les travailleurs concernés sont déclarés à l'ONSS en tant **qu'ouvrier-chauffeurs** sous le numéro d'ONSS mentionné ci-dessus

Comme preuve que l'entreprise a supporté les frais pour l'attestation d'aptitude à la conduite des ouvriers concernés, je joins à la présente demande :

- **une copie de la facture ou la note de frais** relative à l'examen ophtalmologique et/ou médical sur laquelle apparaissent le nom et le prénom des ouvriers concernés,
- **une copie de l'attestation d'aptitude à la conduite** relative à l'examen ophtalmologique et/ou médical sur laquelle apparaissent le nom et le prénom des ouvriers concernés,
- **une copie du nouveau permis de conduire** délivré à l'ouvrier concerné après obtention de l'attestation d'aptitude à la conduite.

L'ouvrier-chauffeur concerné signé la déclaration dans la case prévue à cet effet dans la grille annexée.

Ale / /

CACHET DE LA SOCIETE

*signature de l'employeur
précédée de la mention
"déclaré sincère et véritable"*

Réservé au Fonds Social:

remboursé le: / /

par

UNE CASE A REMPLIR POUR CHAQUE OUVRIER,

F9

Page 2/2

**qui confirme par sa signature que son employeur, mentionné sur la page précédente, a payé
(remboursé) les frais de l'attestation d'aptitude à la conduite.**

DONNEES PERSONNELLES	FRAIS ATTESTATION APTITUDE A LA CONDUITE	SIGNATURE
NOM PRENOM NUMERO CARTE P : NUMERO PERMIS DE CONDUIRE LANGUE.	<input type="checkbox"/> examen ophtalmologique (maximum €39,66) <input type="checkbox"/> examen médical (maximum €42,14) <input type="checkbox"/> rétribution permis de conduire (€11,16) délivré le :/...../..... date d'échéance :/...../.....	NUMERO REGISTRE NATIONAL
NOM PRENOM NUMERO CARTE P : NUMERO PERMIS DE CONDUIRE LANGUE.	<input type="checkbox"/> examen ophtalmologique (maximum €39,66) <input type="checkbox"/> examen médical (maximum €42,14) <input type="checkbox"/> rétribution permis de conduire (€11,16) délivré le :/...../..... date d'échéance :/...../.....	NUMERO REGISTRE NATIONAL
NOM PRENOM NUMERO CARTE P : NUMERO PERMIS DE CONDUIRE LANGUE.	<input type="checkbox"/> examen ophtalmologique (maximum €39,66) <input type="checkbox"/> examen médical (maximum €42,14) <input type="checkbox"/> rétribution permis de conduire (€11,16) délivré le :/...../..... date d'échéance :/...../.....	NUMERO REGISTRE NATIONAL
NOM PRENOM NUMERO CARTE P : NUMERO PERMIS DE CONDUIRE LANGUE.	<input type="checkbox"/> examen ophtalmologique (maximum €39,66) <input type="checkbox"/> examen médical (maximum €42,14) <input type="checkbox"/> rétribution permis de conduire (€11,16) délivré le :/...../..... date d'échéance :/...../.....	NUMERO REGISTRE NATIONAL
NOM PRENOM NUMERO CARTE P : NUMERO PERMIS DE CONDUIRE LANGUE.	<input type="checkbox"/> examen ophtalmologique (maximum €39,66) <input type="checkbox"/> examen médical (maximum €42,14) <input type="checkbox"/> rétribution permis de conduire (€11,16) délivré le :/...../..... date d'échéance :/...../.....	NUMERO REGISTRE NATIONAL
NOM PRENOM NUMERO CARTE P : NUMERO PERMIS DE CONDUIRE LANGUE.	<input type="checkbox"/> examen ophtalmologique (maximum €39,66) <input type="checkbox"/> examen médical (maximum €42,14) <input type="checkbox"/> rétribution permis de conduire (€11,16) délivré le :/...../..... date d'échéance :/...../.....	NUMERO REGISTRE NATIONAL