**🔒 Protection de vos données personnelles**

Les données recueillies dans ce formulaire (Nom, prénom, sexe, nationalité, date et lieu de naissance, numéro de registre national, coordonnées téléphoniques et postales, numéro de compte en banque, handicap éventuel, statut marital, données du conjoint, composition de ménage, diplômes, historique professionnel, informations relatives au précompte professionnel, informations relatives au statut professionnel de l’éventuel conjoint, informations relatives à l’organisation journalière du travail du futur employé, ainsi que celles contenues dans les pièces annexes (copies de justificatifs) sont enregistrées dans des fichiers papier et informatiques par l’Administration des ressources humaines de l’Université de Liège afin d’assurer le suivi administratif et financier de la relation de travail ; de gérer le développement personnel et la carrière, y compris les formations et les droits à la pension, du futur employé ; de se conformer aux règles de gouvernance et aux procédures internes de l’Université de Liège, y compris les contrôles internes, la politique de santé et sécurité au travail, les enquêtes de satisfactions salariés et toutes autres enquêtes ou audit.

Ces données seront conservées pendant 75 ans à partir de la date de naissance de l’employé. Elles seront traitées sur la base des obligations légales définies par les règlementations relatives au contrat de travail ou au statut, et aux obligations de l’employeur en matière de sécurité sociale, de fiscalité, d’assurances et de pension.

Ces données ne seront pas transmises à des tiers, sauf dans les cas et selon les modalités prévues par les réglementations, ou sur la base de votre consentement préalable.

Conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679) et de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous pouvez exercer vos droits relatifs à ces données à caractère personnel (droit d’accès, de rectification, d’effacement, à la limitation, à la portabilité et d’opposition) en contactant votre gestionnaire administratif **ou, à défaut, le Délégué à la Protection des Données de l’ULiège (dpo@uliege.be – Monsieur le Délégué à la Protection des Données, Bât. B9 Cellule « GDPR », Quartier Village 3, Boulevard de Colonster 2, 4000 Liège, Belgique). Vous disposez également du droit d’introduire une réclamation auprès de l’Autorité de protection des données (https://www.autoriteprotectiondonnees.be,** [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)**).**

**🗐 Documents à fournir obligatoirement :**

* Une copie recto-verso de la carte d’identité ou passeport pour les non-belges
* Documents justificatifs concernant tout handicap de 66% ou plus dans la famille
* En fonction de votre statut marital, copie de l'acte de mariage, déclaration de cohabitation, acte de décès, de divorce, déclaration de séparation
* Copie des diplômes de l’enseignement supérieur ou attestation de réussite (diplôme principal + doctorat)
* Curriculum vitae pour les conventions de recherche
* Attestations d’emplois antérieurs si services prestés dans des établissements relevant du secteur public ou dans des ASBL financées par le secteur public (fournir les statuts de l’ASBL) avec la mention du nombre d’heures prestées, de la date de début et de fin, la fonction exercée, le caractère rémunéré ou pas.
* Attestation de pécule de vacances du dernier employeur

# Partie à compléter par l’agent



|  |  |
| --- | --- |
| **Nom (de jeune fille pour les femmes mariées) :** |  |
| **Prénoms (tous) :** |  |
| **Sexe :** | **M  F** |
| **Nationalité :** |  |
| **Date de naissance :** |  |
| **Lieu de naissance :** |  |
| **Numéro de registre national :** |  |
| **GSM :** | / |
| **Adresse mail privée :** | @ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domicile :** | **Rue et numéro :** | **,** | **Boîte** |  |
| **Code postal :** |  | **Localité :** |  |
| **Pays** |  |  |  |
|  | | | | |



|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de compte bancaire (IBAN) :** |  |
| **Code BIC/SWIFT (si compte étranger) :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Êtes-vous handicapé(e) à 66 % ou plus\*?** | oui  non |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Statut marital** | | **Date** | | | couple 1 | |
|  | **Célibataire** | |  | | |  | |
|  | **Marié(e)** | | le | | |  | |
|  | **Cohabitant(e)** | | le | | |  | |
|  | **Cohabitant(e) légal** | | le | | |  | |
|  | **Veuf(ve)** | | le | | |  | |
|  | **Divorcé(e)\*** | | le | | |  | |
|  | **Séparé(e) judiciairement** | | le | | |  | |
|  | **Marié(e) mais séparé(e) de fait** | | le | | |  | |
|  | | | | | | |
|  | **Si vous êtes marié(e) ou cohabitant(e) légal(e) :** | | | | | | | | |  |
|  | **Nom du conjoint :** |  | | | **Prénom du conjoint :** | | | |  |  |
|  | **Lieu de naissance  du conjoint :** |  | | | **Date de naissance  du conjoint :** | | | |  |  |
|  | **Profession du conjoint / cohabitant :** | | | | | | | | |  |
|  | travailleur indépendant  agent des services publics  contractuel  étudiant | | | pensionné(e)  sans profession  chômeur  autre : | | | | | |  |
|  | **A-t-il des revenus propres (salaire, pension, mutuelle, ...)?**  **oui  non**  **Votre conjoint / cohabitant est-il handicapé(e) à 66 % ou plus?  oui  non** | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |



**Composition de ménage**

* **Enfants**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | Prénom | Lieu et date  de naissance | **Sexe (F/M)** | **Nationalité** | **Fiscalement à votre charge?** | **Bénéficiaire d’allocations familiales ?** | **Handicapé 66 % ou plus?** |
|  |  |  |  |  | oui  non | oui  non | oui  non |
|  |  |  |  |  | oui  non | oui  non | oui  non |
|  |  |  |  |  | oui  non | oui  non | oui  non |
|  |  |  |  |  | oui  non | oui  non | oui  non |
|  |  |  |  |  | oui  non | oui  non | oui  non |

* **Autre(s) personne(s) fiscalement à votre charge**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | Prénom | Lieu et date de naissance | **Sexe (F/M)** | **Nationalité** | **Handicapé  66 % ou plus?** |
|  |  |  |  |  | oui  non |
|  |  |  |  |  | oui  non |



**Etudes et diplômes obtenus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Institution** | **Intitulé de l’épreuve** | **Diplôme obtenu**  ***Spécifier le niveau*** | **Année d’obtention  du diplôme** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |



**Emplois occupés depuis la fin des études (tous, y compris   
à l’Université)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firme ou organisme** | Date  de début | Date  de fin | **Fonction exercée**  **(ouvrier, employé, agent des  services publics, APE,...)** | **Prestations**  **Temps plein / temps partiel** |
|  |  |  |  | Temps plein :       h/sem  Temps partiel :       h/sem |
|  |  |  |  | Temps plein :       h/sem  Temps partiel :       h/sem |
|  |  |  |  | Temps plein :       h/sem  Temps partiel :       h/sem |
|  |  |  |  | Temps plein :       h/sem  Temps partiel :       h/sem |
|  |  |  |  | Temps plein :       h/sem  Temps partiel :       h/sem |

**Pour les travailleurs à temps partiel :**

Exercez-vous d’autres activités à l’Université ou en dehors de l’Université?  oui  non

Si oui, lesquelles :

**Pour le personnel scientifique :**

Avez-vous résidé ou travaillé à l'étranger pendant un an ou plus ces 3 dernières années ?  oui  non

Si oui, merci de préciser (Pays, Période):

**DÉCLARATION**

**Précompte professionnel – Attribution de la réduction pour charges de famille**

**Pas de personnes à charges fiscalement**

Je soussigné (NOM et Prénom)

Numéro national ou date de naissance :

Déclare ne pas être concerné par cette réglementation en matière de précompte professionnel pour l’attribution des réductions pour charges de famille.

Date :       Signature :

**Personnes à charge fiscalement**

Réservé au conjointqui **renonce** aux réductions

1. Je soussigné (NOM, Prénom, adresse)

Numéro national ou date de naissance :

déclare, pour l’application de la réglementation en matière de précompte professionnel, me désister du bénéfice des réductions pour charges de famille et opte pour que ces réductions soient accordées à mon conjoint :

(NOM, Prénom)

1. Je déclare porter cette décision à la connaissance du ou des débiteur(s) de mes revenus professionnels.

Nom et adresse du ou des débiteur(s) précité(s) :

Date :       Signature : 

Réservé au conjointqui **opte** pour les réductions

1. Je soussigné (NOM, Prénom)

Numéro national ou date de naissance :

opte, en ce qui concerne l’application de la réglementation en matière de précompte professionnel, pour l’attribution des réductions pour charges de famille.  
Nombre de personne(s) à charge :

Date :       Signature :

**Déclaration**

Allocation de foyer – Désignation du/de la bénéficiaire

|  |  |
| --- | --- |
| 600px-Warning | **Pour le Personnel Administratif, Technique et Ouvrier uniquement** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Membre du personnel qui introduit la demande (vous-même)** | |
| **Nom :** | **Prénom :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A compléter si le conjoint ou la personne cohabitant travaille dans le secteur public**  ***Information concernant le conjoint ou la personne cohabitante*** | |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :** |  |
| **Date de naissance :** |  |
| **Dénomination du service public qui l'occupe :** |  |
| **Adresse du service public qui l'occupe :** |  |
| **Grade :** |  |
| **Traitement annuel brut à 100 % [[1]](#footnote-1) :** |  |

|  |
| --- |
| **Si le conjoint ou le cohabitant ne travaille pas dans le secteur public,  cocher la case correspondante**  ***Information concernant le conjoint ou la personne cohabitante*** |
| **Secteur privé**  **Indépendant**  **Chômage**  **Autre :** |

Déclare sur l’honneur :

* que les conjoints ou cohabitants au cas où ils bénéficient d’un traitement égal, ont décidé de commun accord que le membre du personnel qui introduit cette demande sera le/la bénéficiaire de l’allocation de foyer ;
* que les renseignements précités sont sincères et exacts ;
* qu’il/elle communiquera immédiatement toute modification aux rubriques ci-dessus de même que tout changement d’état civil au moyen d’une nouvelle déclaration établie selon le même modèle.

Fait à , le         
Signature de l’agent : 

# Partie à compléter par le responsable *Toutes les mentions sont OBLIGATOIRES*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Responsable** | Nom :       Prénom : |
| Dénomination du service : |  |
| Téléphone du responsable : |  |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| Source de financement : | BO  Prestations extérieures |
| Type de contrat : | Employé :  *PATO ou  Scientifique* |
|  | Ouvrier |
|  | APE |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| calendrier |  | **Période d’engagement** |  | |
| Indéterminée, à partir du      . |
| Déterminée, du       au      . |
| En remplacement de      ,  qui se trouve dans l’impossibilité d’exécuter son contrat pour cause de      . |
|  |  | | |

****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calendrier et horaire des prestations** | | | | |
|  | **Jour** | **Matin** | **Après-midi** |  |
| Lundi | de       à | de       à |
| Mardi | de       à | de       à |
| Mercredi | de       à | de       à |
| Jeudi | de       à | de       à |
| Vendredi | de       à | de       à |
| Samedi | de       à | de       à |
| Dimanche | de       à | de       à |
| **⮱ Cet horaire correspond à un régime de travail :**  **temps plein**  **temps partiel, soit**  **heures/semaine** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Description des tâches à accomplir** |  |
|  |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Responsable qui valide les jours de congés** | Nom :       Prénom : |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Conditions particulières** | |  |
| Déplacements en Belgique | oui  non |
| Déplacement à l’étranger | oui  non |
| Autres : |  |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Mesures particulières de sécurité et de salubrité à respecter** | |  |
| Travail sur écran : | oui  non |
| Autres : |  |
|  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
|  | **N° de téléphone attribué à l'agent** | |  |  |
|  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OTP qui prend en charge la rémunération** | |  |
| Numéro : |  |
| Intitulé : |  |
|  | | |

**Date :** **Signature du responsable :**

[Possibilité d’insérer un fichier image]

****

1. Par traitement, on entend le montant annuel octroyé (100 %) qui se situe dans l’échelle de traitements développée, telle qu’elle est fixée pour des prestations complètes, donc sans tenir compte des allocations et indemnités, ni de la liaison à l’index (voir fiche de traitement). [↑](#footnote-ref-1)