

FICHE SIGNALÉTIQUE

dernière modification le 18/02/2014



A renvoyer à Mme L. AGRO – ARH
Place du 20-Août, 7, 4000 LIEGE - Bât. A1

DOCUMENTS A 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
- Copie des diplômes de l'enseignement supérieur ou attestation de réussite
- 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 ainsi que la fonction exercée
- Attestation de pécule de vacances du dernier employeur

I. PARTIE À REMPLIR PAR L'AGENT

A. État civil

Nom (de jeune fille pour les femmes mariées) :

Prénoms (tous) :

Nationalité :

Lieu de naissance : Date de naissance :

Adresse : N° : Boîte :

Code postal: Localité : Téléphone :

Numéro de registre national :

Numéro de compte bancaire ou CCP :

STATUT MARITAL

DATE

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | |
| <input type="checkbox"/> Marié(e)* | le |
| <input type="checkbox"/> Cohabitant(e) | le |
| <input type="checkbox"/> Cohabitant(e) légal* | le |
| <input type="checkbox"/> Veuf(ve)* | le |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e)* | le |
| <input type="checkbox"/> Séparé(e) judiciairement* | le |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) mais séparé(e) de fait* | le |

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

* Fournir en fonction de votre situation une copie de : l'acte de mariage, la déclaration de cohabitation, l'acte décès, l'acte de divorce, la déclaration de séparation ou document attestant du handicap.

B. Renseignements concernant les enfants ou personnes faisant partie du ménage

ENFANTS

NOM	Prénom	Lieu et date de naissance	Sexe (F/M)	Nationalité	Fiscalement à votre charge?	Handicapé 66 % ou plus?
					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

AUTRES PERSONNES FISCALEMENT À VOTRE CHARGE *

NOM	Prénom	Lieu et date de naissance	Sexe (F/M)	Nationalité	Handicapé 66 % ou plus?
					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

C. Renseignements concernant le conjoint, le cohabitant

Nom : Prénom :

Nationalité :

Lieu de naissance : Date de naissance :

Profession du conjoint / cohabitant :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> travailleur indépendant | <input type="checkbox"/> pensionné(e) |
| <input type="checkbox"/> agent des services publics | <input type="checkbox"/> sans profession |
| <input type="checkbox"/> contractuel | <input type="checkbox"/> chômeur |
| <input type="checkbox"/> étudiant | <input type="checkbox"/> 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

* Fournir une composition de ménage disponible auprès de l'administration communale de l'agent

DECLARATION

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 conjoint qui **renonce** aux réductions

- 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)

- 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 conjoint qui **opte** pour les réductions

- 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



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 :

**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 :

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).

D. Renseignements concernant les études faites – les diplômes obtenus

Institution	Intitulé de l'épreuve/section	Diplôme obtenu (spécifier le niveau)	Année d'obtention du diplôme

E. Liste complète des emplois occupés depuis la fin des études (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
				<input type="checkbox"/> Temps plein : h/sem <input type="checkbox"/> Temps partiel : h/sem
				<input type="checkbox"/> Temps plein : h/sem <input type="checkbox"/> Temps partiel : h/sem
				<input type="checkbox"/> Temps plein : h/sem <input type="checkbox"/> Temps partiel : h/sem
				<input type="checkbox"/> Temps plein : h/sem <input type="checkbox"/> Temps partiel : h/sem
				<input type="checkbox"/> Temps plein : h/sem <input type="checkbox"/> 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 :

.....

II. PARTIE A REMPLIR PAR LE CHEF DE SERVICE

Nom du responsable :

Intitulé du service :

Téléphone :

▪ **Engagement sous contrat de travail d'**

- employé
- ouvrier
- A.P.E.

Pour une période :

- indéterminée, à partir du :
- déterminée, du au.....
- en remplacement de qui se trouve dans l'impossibilité d'exécuter son contrat par suite de

▪ **Description des tâches à accomplir (à compléter obligatoirement) :**

.....

.....

.....

▪ **Calendrier et horaire des prestations (à compléter obligatoirement) ** :**

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	Occasionnellement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Dimanche	Occasionnellement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

↳ Soit heures/semaine

** Une coupure d'activité d'au moins 30 minutes (pause déjeuner) doit être impérativement prévue dans l'horaire
 *** Heures d'arrivées fixées entre 8h15 et 9h (sauf exceptions justifiées pour des raisons de service).

▪ **Conditions particulières auxquelles est soumis le contrat**

- déplacements en Belgique oui non
- déplacements 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** (ou à communiquer ultérieurement à Mme Rameau - ☎ 53.76) :

.....

▪ **Intitulé et numéro du centre financier qui supporte la rémunération :**

.....

Date et signature de l'agent,

Date et signature du chef de service,