.

[Date]

[Madame / Monsieur],

Par la présente, je vous informe de l’offre sectorielle d’outplacement pour les employés dont le contrat de travail a été résilié moyennant une indemnité de préavis d’au moins 30 semaines, prévue par la CCT du 10 juillet 2014 conclue au sein de la Commission Paritaire Auxiliaire pour Employés, section III.

Cette proposition d’outplacement prévoit un régime spécifique d’accompagnement et d’encadrement professionnels qui devraient vous permettre de trouver le plus rapidement possible un nouvel emploi. Cefora, centre de formation de la CPAE, est chargé de l’organisation pratique de cet accompagnement.

Si vous acceptez cette offre, je vous saurais gré de bien vouloir remplir le formulaire d’inscription en annexe et de me renvoyer ce document dans un délai de 4 semaines, afin qu’il puisse être transmis à Cefora.

Sincères salutations.

Nom en capitales

Signature

Fait à en date du

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Catégorie 1 : 1/12ème du salaire annuel s’élève à maximum € 3000**   * 50 heures d’accompagnement  en groupe, 4 heures de conseil  en formation incluses * 10 heures d’accompagnement individuel * Valeur de l’offre d’outplacement  € 3000 | **Catégorie 2 : 1/12ème du salaire annuel se situe entre € 3001 et  € 4200**   * 41 heures d’accompagnement en groupe, 4 heures de conseil en formation incluses * 19 heures d’accompagnement individuel * Valeur de l’offre d’outplacement  € 4200 | **Catégorie 3 : 1/12ème du salaire annuel est de minimum € 4201**   * 32 heures d’accompagnement  en groupe, 4 heures de conseil  en formation incluses * 28 heures d’accompagnement individuel * Valeur de l’offre d’outplacement  € 5500 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A compléter par l’entreprise : | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| **Nom de l’entreprise :** | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| N°ONSS : | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Rue: | | N°: Boîte: | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Locatlité: | | Code Postal: | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Responsable: | | Fonction: | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| N° de téléphone du responsable : | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| E-mail du responsable : | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| **Concernant l’employé(e) licencié(e):** | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| Date d’entrée en fonction: | | | Date de licenciement: | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| Régime de travail (temps plein/temps partiel - spécifier 4/5ème, 1/2ème…..): | | |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Les indemnités de préavis correspondent à un préavis de ................. semaines, sur laquelle 4 semaines  sont imputées pour l’outplacement.  1/12ème du salaire annuel définie par la loi s’élève à €......................  Par conséquent, l’employé(e) licencié(e) a droit à l’offre d’outplacement de la catégorie .........  Ce montant – avec un minimum de 1.800 € et un maximum de 5.500 € (1) - sera payé au Fonds Social  parallèlement à l’envoi de cette demande, sur le numéro de compte du Fonds Social : BE14 0017 3165 2383  en mentionnant le numéro ONSS de l’entreprise et le nom de l’employé sur le formulaire de paiement. | | | | | | |  | | | | |

1. En cas de régime de travail à temps partiel, la fourchette minimale de 1.800 € et la fourchette maximale de 5.500 € est proratisée en fonction de la durée des prestations de travail

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A compléter par l’employé licencié : | | | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Nom : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Prénom : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Rue : | | N° (+ Bte) : | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Code postal : | | Localité : | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Numéro national : | | Sexe : | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Téléphone/GSM: | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| E-mail : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Dernière fonction exercée : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
| Diplôme le plus élevé obtenu : | |  | | | | |  |  | | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |
| Je suis d’accord avec les données, les délais et les montants mentionnés par l’entreprise.  Je suis d’accord avec les données, les délais et les montants mentionnés par l’entreprise. | | | |  | |  | | | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Je souhaite suivre le programme : | | | |
| * En **Français** dans la province suivante : | | | |
| Région de Bruxelles - Capitale | Hainaut | Namur |
| Brabant wallon | Liège | Luxembourg |
|  | | | |
| * En **Néerlandais** dans la province suivante : | | | |
| Région de Bruxelles – Capitale  Brabant Flamand  Limbourg | | | |
| Flandre Orientale  Flandre occidentale  Anvers | | | |
|  | | | |
| * En **Allemand** dans la province suivante : | | | |
| Liège (Communauté germanophone, Eupen) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’employé concerné reçoit de Cefora des frais d’indemnité de €70 par tranche d’accompagnement  de 20 heures effectivement prestées avec un maximum de €210.  Ce montant doit être versé sur le numéro de compte (IBAN) suivant: | | |
| (IBAN) : BE | Au nom de : |

Après signature des deux parties, à envoyer par **mail**, en même temps qu’une copie du document C4 à : [**outplacement@cefora.be**](mailto:outplacement@cefora.be)

**La demande n’est recevable que lorsque le 1/12ème du salaire annuel de l’employé licencié a été payé au Fonds Social.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

L’employeur et l’employé déclarent être d’accord avec l’offre d’outplacement via Cefora asbl et avec la valeur de l’offre d’accompagnement.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| Pour l’employeur \* | | Pour l’employé \* |

\* signature et date précédés de la mention “Lu et approuvé”