Coordonnées de l'institution

Information donnée à ……..….
Adresse ……..
Fonction : …….
Date de naissance ……..

Date ……

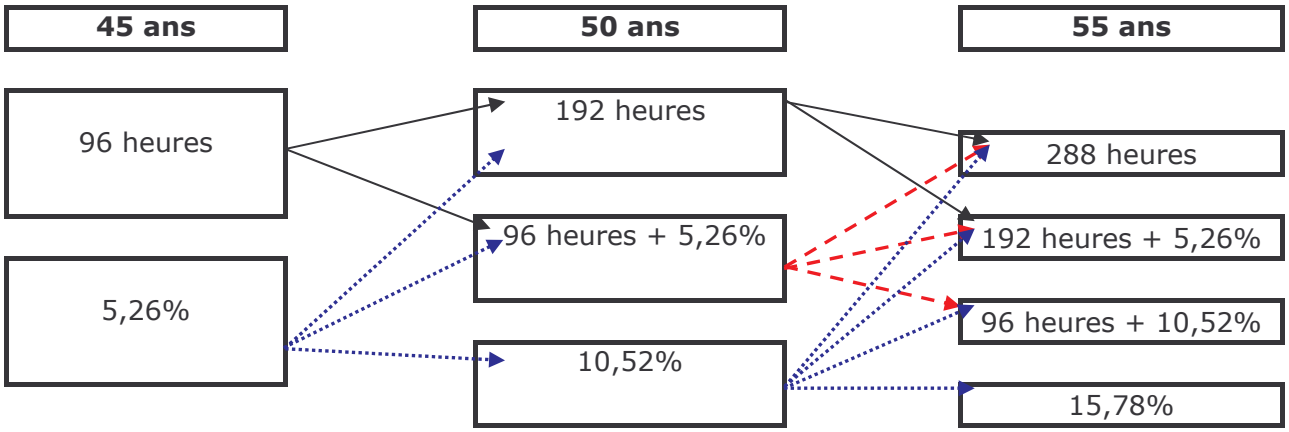
PERSONNEL INFIRMIER

Vous entrez dans les conditions pour bénéficier à partir du ……. des dispositions de la convention collective de travail du 26 octobre 2005, conclue au sein de la Commission paritaire des services de santé, concernant la dispense de prestations dans le cadre de la problématique de fin de carrière et l'octroi de congés supplémentaires au profit de certaines catégories de membres du personnel (A.R. 01-10-2008, M.B. 27-11-2008).

Il vous appartient de nous communiquer dans un délai d'un mois partir de ce jour au moyen du formulaire, ci-joint, que nous devrons signer pour réception, votre choix entre la réduction effective du temps de travail avec maintien du salaire barémique ou la prime calculée sur votre salaire barémique tout en sachant que :

- le choix pour la dispense de prestations effective est toujours définitif ;
- l'option de paiement d'une prime peut à tout moment être convertie en dispense de prestations ;
- les jours de dispense sont à prendre sous la forme de jours complets, pris par mois civil et fixés d'avance dans l'horaire de travail ;
- les droits sont accordés au prorata du temps salarié contractuel et au prorata du nombre de mois de l'année durant lesquels le droit est d'application.

Voici les possibilités qui s'offrent à vous selon votre âge et éventuellement selon vos choix précédents :



Fait en double exemplaire le …….

La Direction

Le Travailleur
Mention manuscrite « pour réception » et signature

Coordonnées de l'institution

Personnel infirmier : choix du Travailleur

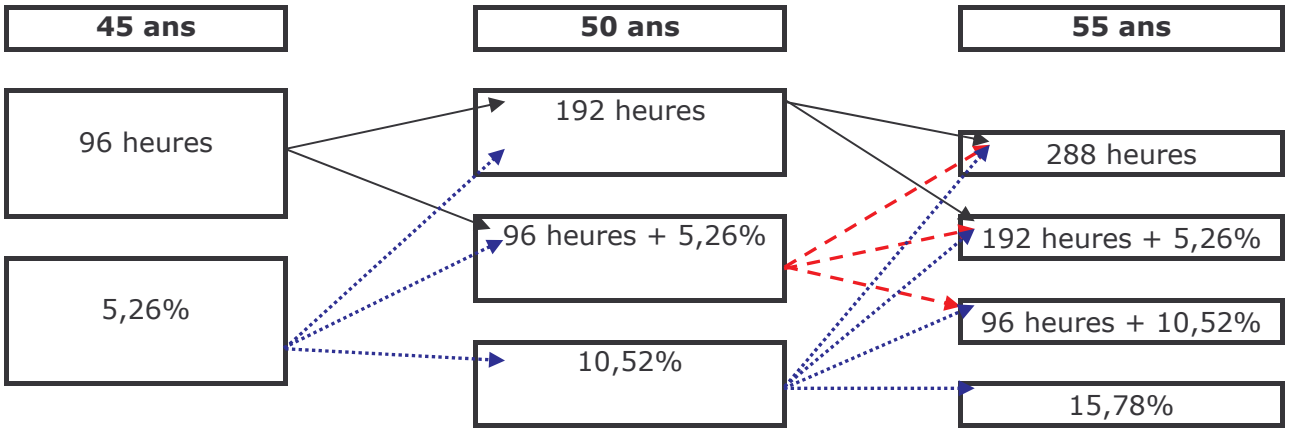
Convention collective de travail du 26 octobre 2005

Formulaire à remettre à la direction et à faire signer pour réception au plus tard le .....

Je soussigné .....

fonction .....

déclare opter pour (cocher l'option retenue et biffer les autres):



Date
Signature

Pour réception, la direction :

Date
Signature