

# FICHES DE RENSEIGNEMENTS A RENVOYER

Mail: info@dr-consultance.be

Fax:071/30.04.24



Employeur: n° OU Nom:

DATE D' ENTREE EN SERVICE:

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

Lieu de naissance:

N° REGISTRE NATIONAL:

ADRESSE:

N° DE TELEPHONE :

ETAT CIVIL:

Célibataire	Veuf (Ve)	Divorcé(e)	Mariage ou cohabitation légale(commune)
Marié(e)	Coh.légal	Sép.de fait	En date du:

Nom et prénom du conjoint(e) coh. légal :

CONTRIBUTIONS:

Partenaire à charge : oui / non

Nombre d'enfants à charge:

handicapé(e): oui / non

Nombre d'enfants hand. à charge:

Autres pers. non handic. à charge:

Autres pers. handic. à charge:

COMPTE BANCAIRE: BE

# FICHES DE RENSEIGNEMENTS A RENVOYER

Mail: info@dr-consultance.be

Fax:071/30.04.24

## **Pour les ouvriers de la CONSTRUCTION n° des C 3.2.A:**

Mois en cours:

Mois suivant:

## **Pour les étrangers:**

Permis de travail modèle : N°: (joindre une copie)

Expire le :

## **Dernier diplôme:**

Primaire	Sec./Tech.	Supérieur	Univers.
----------	------------	-----------	----------

## **Au moment de votre engagement :**

### **Etes-vous:**

Chômeur complet indemnisé? oui / non Depuis le:

Demandeur d'emploi non indemnisé? oui / non Depuis le:

[Vous devez réclamer au FOREM \(en précisant votre date d'engagement\) dans les 30 jours de votre entrée: la carte ACTIVA et/ou START et puis nous la transmettre.](#)

## **LE CONTRAT DE TRAVAIL: EST ETABLI - DOIT ETRE ETABLI PAR DR-CONSULTANCE**

Durée: Déterminé du au

Indéterminé

Remplacement du travailleur:

Travail nettement défini:

Catégorie: temps partiel / temps plein

Pour les temps partiel DR-Consultance rédige le C131B chaque mois: oui /non

Lieu de l'emploi:

Statut:

Ouvrier	Employé	Contrat alternance	PFI	Stage de transition
---------	---------	-----------------------	-----	------------------------

# FICHES DE RENSEIGNEMENTS A RENVOYER

Mail: info@dr-consultance.be

Fax:071/30.04.24

## HORAIRE :

Nombre d'heure/semaine:

→Horaire Variable à Afficher 5 jours A l'Avance (Horeca 2 jours)

→Suivant horaire décrit ci-dessous:

DE à et de à

LUNDI						
MARDI						
MERCREDI						
JEUDI						
VENDREDI						
SAMEDI						
DIMANCHE						

FONCTION:

CATEGORIE:

RENUMERATION BRUTE: H/M

QUAL. / CAT.:

Mois/Années expériences acquises dans ce domaine chez d'autres employeurs:

**FRAIS DEPL.:** oui / non

Bus: Montant de l'abonnement: /mois/ an

Voiture: kms/ 1 trajet (pour la CP 124 : nombre de km A+R)

## **DIMONA:**

A FAIRE PAR DR-CONSULTANCE: oui/ non

Si non, N° DIMONA:

## FICHES DE RENSEIGNEMENTS A RENVOYER

Mail: info@dr-consultance.be

Fax:071/30.04.24

---

LE TRAVAILLEUR BENEFICIE-T-IL D'AVANTAGES EN NATURE ? OUI / NON

Si oui, remplissez ci-dessous la zone concernant l'avantage en nature à appliquer

### **VEHICULE DE SOCIETE :**

MARQUE ET TYPE :

VALEUR CATALOGUE TVA ET OPTIONS COMPRISES :

DATE DE MISE EN CIRCULATION :

TYPE DE CARBURANT :

EMISSION CO2 :

UTILISATION, JE ROULE AVEC DEPUIS LE

UTILISATION, JE NE ROULE PLUS AVEC DEPUIS LE

PLAQUE D'IMMATRICULATION :

### **GSM :**

Utilisation privée d'un gsm de société et dont la facture est payée par la société : oui / non

Le gsm est fourni par le travailleur et l'employeur rembourse l'abonnement au travailleur :  
oui / non

### **CHEQUE REPAS :**

Valeur totale du chèque repas :

Quote part personnelle (retenue sur le salaire du travailleur) :

Quote part patronale :

**Si vous octroyez un avantage en nature non repris, merci de le détailler ci-dessous :**

**JOINDRE COPIE CARTE D'IDENTITE RECTO VERSO + CARTE DE BANQUE.**