**Document 03 - MODÈLE** **- Formulaire de choix barémique –**

Classification de fonctions IFIC - Secteurs régionalisés privés wallons de la santé (CP 330) – Conventions collectives de travail du 11/10/2021 (telle que modifiée par les CCT du 12/12/2022 et du 12/06/2023), du 31/01/2023 et du 13/05/2024 et Arrêté du Gouvernement wallon du 01/12/2023[[1]](#footnote-1)

A l’attention de ……

Employeur

ou Service du personnel/RH

Adresse

Madame,

Monsieur,

Je, soussigné(e)……………………………………………………………………………………………… (Nom, Prénom) vous notifie par la présente mon choix : (cocher **UNE SEULE** des deux propositions)

* 🞎  d**’opter** pour le barème IFIC.
* 🞎  de **ne pas opter** pour le barème IFIC et de maintenir mes conditions salariales existantes, y compris les augmentations futures convenues.

Je prends bonne note du fait que :

* Mon choix d’opter pour le barème IFIC est irréversible.
* Ne pas communiquer mon choix pour le **xx/xx/2024 au plus tard** équivaut à refuser le nouveau barème IFIC, et à maintenir mes conditions salariales actuelles.
* [UNIQUEMENT POUR LES INFIRMIERS EN CHEF EN MRS] : En choisissant le barème IFIC, je n’ai plus droit au paiement de mon complément de fonction E1 (voir note explicative à ce sujet – document 08/Annexe 4 de la CCT « modèle salarial IFIC » du 31/01/2023).

Date : ..........................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : .......................... | Prénom : .......................... |
| Signature du travailleur : ……………………………………… |  |

1. Pour plus d’informations, nous vous invitons à consulter sur le site web de l’IFIC les textes légaux mentionnés en tête de document. [↑](#footnote-ref-1)