**FORMULAIRE C :**

DECLARATION D’UNE FONCTION MANQUANTE

Si l’employeur constate que l’attribution ne peut avoir lieu conformément aux principes de classification décrites dans le manuel IFIC pour la classification de fonctions car aucune fonction sectorielle IFIC correspondante n’existe, l’employeur identifie la fonction manquante au moyen de ce formulaire et le communique à l’asbl IF-IC. L’IF-IC transmettra un accusé de réception électronique.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTIE 1: DONNEES DE L’EMPLOYEUR** | | |
| 1. **Données de l’employeur :** | * 1. NOM DE L’ORGANISATION : …………………………………………………………………………………………………………… | |
|  | * 1. Rue ………………………………………………………………………..……………………………………   N° …………………………. | |
|  | * 1. Code postal \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : …………………………………………………………… | |
|  | 1.4. Indice ONSS + no ONSS : \_\_ \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_  *Exemple : 911-0127003-95* | |
|  | * 1. Taille de l’institution (nombre de travailleurs occupés en personnes physiques au moment de la demande)\* : | |
|  | |  |  | | --- | --- | | □ 1 à 4 travailleurs | □ 100 à 199 travailleurs | | □ 5 à 9 travailleurs | □ 200 à 499 travailleurs | | □ 10 à 19 travailleurs | □ 500 à 999 travailleurs | | □ 20 à 49 travailleurs | □ 1000 travailleurs ou plus | | □ 50 à 99 travailleurs |  | | |
| **2. Données de la personne de contact** | 2.1. Nom – Prénom de la personne de contact (responsable-processus) : ……………………………………………………………………………………………………………… | |
|  | 2.2. Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………… | |
|  | 2.3. Tel direct : …………………………………………………………………………………………… | |
|  | 2.4. Adresse e-mail : ………………………………………………………………………………………………………………. | |
| **PARTIE 2 : DONNEES DE LA FONCTION MANQUANTE** | | | | |
| **3. Indiquez le titre interne de la fonction manquante** | | ……………………………………………………………………………………………………………………… | |
| 4.**Précisez le département**  **/famille dans laquelle cette fonction se situe** | | |  |  | | --- | --- | | □ Infirmier soignant  □ Médico-technique  □ Services paramédicaux | | | □Service psycho-social  □ Service hôtelier, logistique et technique | | □ Administration  □ Autre : …………………………………………….............................. (complétez) | | |
| 1. **Nombre de travailleurs concernés par la fonction** | | 5.1. Nombre en personnes physiques : …………… PP   * 1. Nombre en équivalent temps plein : ………… ETP | |
| 1. **DESCRIPTION DE LA FONCTION MANQUANTE**   **6.1. Donnez une brève description de l’objectif de la fonction manquante:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   * 1. **Indiquez la catégorie de référence sectorielle (classe) pour cette fonction manquante** : ……………………………………………………………..   2. **Précisez les activités les plus importantes et les tâches**. Si une description de fonction interne existe, celle-ci doit être jointe à la présente demande. :   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| 1. **Date de la demande :** --/--/---- | | | |
| 1. **Pour l’employeur (nom et signature du responsable-processus),**   Nom : ………………………………………………..  Signature : ..……………………………………… | | | |

\* Cochez la case correspondant à votre choix.

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