|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TABLEAU DE FORMATIONS : ANNEE 2023** | | | | | | |
| **NOM DE L'EMPLOYEUR :** |  |  |  |  |  |  |
| **NUMERO DE DOSSIER :** |  |  |  |  |  |  |
|  | **A COMPLETER UNIQUEMENT POUR LES TRAVAILLEURS EMPLOYES ASSUJETTI A L'ONSS** | | | | | |
| **Travailleurs** | **Données relatives à la formation** | | | | | |
|  | **Date** | **Description de la formation** | **Heures de formation durant les heures de travail** | **Heures de formation en dehors des heures de travail** | **Coût de la formation** | **Subventions fonds/pouvoirs publics** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **A nous renvoyer dès que possible SVP et avant le 15/03/2024** | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |