

L'Arbeitsamt de la Communauté germanophone, dont le siège social est situé Vennbahnstraße 4/2, B-4780 St.-Vith, traite les données personnelles vous concernant énumérées dans ce formulaire conformément aux dispositions de l'ordonnance de l'UE du 27 avril 2016 sur la protection des données avec le but suivant: en vue de l'admission à la formation professionnelle, la conclusion d'un contrat de formation professionnelle et l'octroi d'une dispense.

PROLONGATION DEMANDE DE FORMATION PROFESSIONNELLE– PARTIE I

Décret du Gouvernement de la Communauté germanophone du 13/12/2018 relatif à la formation professionnelle des demandeurs d'emploi - Article 31

Le demandeur doit remplir TOUTES les conditions avant d'introduire sa demande:

- être inscrit à l'Arbeitsamt en tant que demandeur d'emploi
- résider en Communauté germanophone
- ne plus être soumis à l'obligation scolaire
- ne pas avoir atteint l'âge de la pension
- ne pas travailler à temps plein
- ne pas travailler volontairement à temps partiel

Si vous ne remplissez pas ces conditions, votre demande ne sera pas prise en considération.

Toutes les informations sont disponibles à l'adresse suivante :

[http://www.adq.be/conditions d'admission](http://www.adq.be/conditions_d'admission)

Objectif de la demande:

Sur base de cette demande, nous vérifierons si vous avez droit à une **prolongation** de la dispense.

La demande doit être introduite AVANT le début de la formation!

A compléter par le demandeur

I. DONNÉES PERSONNELLES

I.1. Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: ___ / ___ / ___

NISS (Vous trouverez le numéro du registre national au dos de votre carte d'identité): _____

Tél.: _____ Adresse e-mail: _____

N° de registre national: _____

I.2. Avez-vous un emploi ? oui non

à temps partiel à temps plein?

Dans le cadre d'un contrat de travail? oui non

Dans le cadre d'un autre contrat? oui non Quel contrat? _____

Êtes-vous travailleur volontaire à temps partiel ? oui non

Entreprise: _____

Adresse: _____

Fonction exercée: _____

II. NOTE

Veillez nous informer dès que possible de tout changement de votre situation professionnelle et personnelle.

Les formulaires qui n'ont pas été complètement remplis ou qui n'ont pas été signés seront renvoyés.

Date : ____ / ____ / 20____

Je déclare sur l'honneur et en toute conscience que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Lu et approuvé (veuillez l'écrire à la main)



Vos données seront sauvegardées dans des fichiers informatiques.

Signature du demandeur :

N° de registre national: _____

PROLONGATION DEMANDE DE FORMATION PROFESSIONNELLE - PARTIE II

Candidat entrepreneur dans le cadre d'une coopérative d'activités

Arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 13.12.2018 Article 31

Attention : Le demandeur paie lui-même les frais d'inscription et de formation!

À remplir par l'établissement de formation

I. Renseignements sur l'établissement de formation

Désignation : _____

Adresse : _____

Tél / E-Mail : _____

Je, soussigné, _____,
responsable de la coopérative d'activités, déclare :

- que la coopérative d'activités a été reconnue par lettre du Ministre compétent de la Région ou de la Communauté du ___/ ___/ _____ ;

- être en possession d'un certificat C63-COOPERATIVE D'ACTIVITES attestant que le chômeur mentionné ci-dessous appartient au groupe cible des "chômeurs complets indemnisés" de la coopérative d'activités;

- avoir conclu avec _____ (nom du demandeur d'emploi) une convention "candidat entrepreneur" qui commence le ___ / ___ / _____ et se termine le ___ / ___ / _____.

- que le chômeur ne percevra aucune indemnité ou prestation supérieure à 2 euros par heure de travail conformément au présent accord.

Date: ___ / ___ / 20___

Vos données seront sauvegardées dans des fichiers informatiques.

Signature de l'établissement de formation avec cachet

A remplir par l'Arbeitsamt:

Demande reçue le : ___ / ___ / 20___

Conseiller: _____

N° Comp.Ass: _____

Categorie: _____