

EA12 - Enseignement pour Adultes - SUPERIEUR – Demande de mise en liquidation

Identification de l'établissement

Niveau : ENSEIGNEMENT POUR ADULTES (20)	<input type="checkbox"/> Organisé WBE (33)	<input type="checkbox"/> Subventionné par la FWB (22) <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Libre
N° ECOT (10 derniers chiffres) :		N° FASE :
Nom du PO		
Nom de l'établissement		
Adresse complète		
E-mails officiels	ec @ adm.cfwb.be	Nom : Prénom : Qualité : Tél. direct : E-mail :
	po @ adm.cfwb.be	

Identification du membre du personnel (MDP)

Matricule enseignant	Titres de capacités (une copie de chacun d'eux doit être en possession de la Direction de gestion)	Statut
<input type="text"/>	1) 2) <input type="checkbox"/> Dérogation de titre requis par l'AR du 22/4/1969 telle que prévue par l'alinéa 2 de art 17§4 de la Loi du 7/7/1970.	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> TPr <input type="checkbox"/> APE <input type="checkbox"/> St <input type="checkbox"/> PTP <input type="checkbox"/> D
NOM :		<input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> APE <input type="checkbox"/> PTP
Prénom :		

Cumul	Transmission tardive du document par la faute du MDP
<input type="checkbox"/> Pas de cumul interne	
Prestations dans cet établissement : <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur <input type="checkbox"/> Expert <input type="checkbox"/> ACS/APE/PTP	<input type="checkbox"/> En application de la Circulaire 6930 du 10/01/2019 : « <i>FICHES FISCALES : Déclarations du paiement des arriérés - Responsabilités et incidences fiscales</i> »
Prestations dans un autre établissement : <input type="checkbox"/> Cumul interne A2 (enseignement organisé ou subventionné par la FWB)	Nombre de jours de fonctionnement/semaine : <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6

Événement

Date de l'événement (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/20_	Semaines de fonctionnement : <input type="text"/>			
Type d'événement	Justification(s)			
Mouvement	<input type="checkbox"/> Entrée en fonction <input type="checkbox"/> Rentrée en fonction <input type="checkbox"/> Maintien d'attributions <input type="checkbox"/> Augmentation d'attribution <input type="checkbox"/> Prolongation d'attribution <input type="checkbox"/> Réduction d'attribution <input type="checkbox"/> Fin de fonctions (dernier jour presté)	<input type="checkbox"/> Nomination ou engagement à titre définitif <input type="checkbox"/> Extension nomination/engagement à titre définitif <input type="checkbox"/> Passerelle / Changement d'affectation / Mutation <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Création d'emploi <input type="checkbox"/> Remplacement *Voir encadré à la page 2 <input type="checkbox"/> Changement d'affectation <input type="checkbox"/> Modification d'organisation interne <input type="checkbox"/> Congé / Absence / Disponibilité <input type="checkbox"/> Perte partielle de charge <input type="checkbox"/> DPPR	<input type="checkbox"/> Suppression d'emploi <input type="checkbox"/> Fin de remplacement <input type="checkbox"/> Démission <input type="checkbox"/> Mise à la retraite <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :
Absence	<input type="checkbox"/> Absence d'un jour <input type="checkbox"/> Début absence de plus d'1 jour <input type="checkbox"/> Reprise après absence de plus d'1 jour	Motif de l'absence (Précisez : intitulé CAD + Code DI)	Date de début (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/20_ Date de fin (JJ/MM/AAAA) : _/_/_/20_	

Situation ancienne-nouvelle / Observations / Remarques complémentaires éventuelles :

N° ECOT (10 derniers chiffres) :	N° FASE :
<input style="width: 100px; height: 30px; border: none; font-size: 14pt; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100px; height: 30px; border: none; font-size: 14pt; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>

Attributions

Attributions actuelles			Attributions du PS12 précédent : ___ / ___ /20___		
Classification	TC / TL	Périodes	Classification	TC / TL	Périodes

Origine de l'événement (OE)

*Si vous avez coché « remplacement » dans le cadre « justification(s) », indiquez les coordonnées du/des MDP remplacé(s) :

- | | | |
|----------|------------------------------------|--|
| 1 | N° Mat : _____ Nom, prénom : | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> T |
| | Motif de remplacement : | Période (JJ/MM/AAAA) : du __/_/_/20__ au __/_/_/20__ |
| 2 | N° Mat : _____ Nom, prénom : | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> T |
| | Motif de remplacement : | Période (JJ/MM/AAAA) : du __/_/_/20__ au __/_/_/20__ |
| 3 | N° Mat : _____ Nom, prénom : | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> T |
| | Motif de remplacement : | Période (JJ/MM/AAAA) : du __/_/_/20__ au __/_/_/20__ |
| 4 | N° Mat : _____ Nom, prénom : | <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> T |
| | Motif de remplacement : | Période (JJ/MM/AAAA) : du __ / __/20__ au __ / __/20__ |

Le PO ou son délégué demande l'octroi ou l'ajustement du traitement/de la subvention-traitement du MDP, sur la base du présent Doc12. Il s'engage à rembourser soit la totalité des rémunérations si la fonction du MDP ne respecte pas les conditions réglementaires, soit la différence entre le montant liquidé et la rémunération promérée.

Si ce Doc12 concerne un MDP temporaire, il est valable jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, au plus tard.

La transmission de ce document par GEDI-PRO ou une application locale ne requiert plus les signatures ni du membre du personnel, ni, grâce à l'authentification via l'application, du chef d'établissement et/ou du Pouvoir Organisateur.

SIGNATURES OPTIONNELLES	
Le membre du personnel (MDP)	Le Pouvoir Organisateur (ou son délégué)
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Date : _/_/_/20__	Qualité :
Signature :	Date : _/_/_/20__
	Signature :