

Administration communale de Farciennes

FICHE SIGNALÉTIQUE – PERSONNEL COMMUNAL

Fiche signalétique (A)

Modalités de paiement (B)

Type de contrat/Service/date d'entrée (13)

Réservé au Service des finances communales

Matricule : / / / /

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------|--|---|--|--|------------|--|---|--|-----|--|--|
| NOM : | | | | | PRENOM(S) : | | | | | | | | | |
| Rue : | | | | | | | | | | | | N°: | | |
| CP : | | | Localité : | | | | | | | | | | | |
| Sexe et date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | |
| Numéro de registre national | | | | | | | | | | | | | | |
| Nationalité : | | | | | | | | | | | | | | |
| Etat civil : Célibataire/ Marié(e) / Divorcé(e) / veuf(ve) / Cohabitation légale / Cohabitation maritale | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de téléphone | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de G.S.M. | | | | | | | | | | | | | | |
| Situation fiscale | | | O- ISOLE | | | | | O - MENAGE | | | | | | |
| Nombre de personnes à charge : | | | | | | | | | | Lien de parenté et date de naissance | | | | |
| Nom / Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom / Prénom : | | | | | | | | | | | | | | |
| Renseignements concernant votre conjoint ou compagnon(e) | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom : | | | | | Prénom : | | | | | Date de mariage : | | | | |
| Profession : | | | | | Bénéficie-t-il (elle) de l'allocation foyer : OUI/NON | | | | | | | | | |
| Dénomination de l'employeur : | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse de l'employeur : | | | | | | | | | | | | | | |

Modalités de paiement

Je soussigné(e)

Autorise l'Administration communale de Farciennes à assurer le paiement de mon salaire/traitement sur un compte ouvert auprès d'un organisme financier dont les références sont reprises ci-dessous :

Institution financière :

Adresse de l'agence :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| N° de compte IBAN | BE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° BIC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ce compte est ouvert :

A mon Nom

En commun à mon Nom et celui de mon conjoint ou compagnon(e).

A mon Nom et celui de : (nom/prénom/adresse).

.....
.....

Au Nom de : (nom/prénom/adresse).

.....
.....

J'atteste avoir accès à ce compte à tout moment.

Je certifie que les renseignements repris sur le présent document sont exacts et je m'engage à signaler immédiatement à mon employeur, l'Administration communale de Farciennes, toute(s) modification(s).

Date : _____ **Signature :** _____

DIVERS

Allergie iode : OUI/NON

N° de taille de vêtements de travail :

N° de pointure :

N° d'immatriculation du véhicule :

Personnes à contacter à cas d'urgence :

Nom/Prénom/Téléphone :

Signature : _____

RESERVE A L'ADMINISTRATION COMMUNALE

Type de contrat :

O - CDD : durée déterminée / O - CDI : durée indéterminée / O - CDR : remplacement

Date d'entrée en service : / /

Lieu de travail :

Administration communale de Farciennes