**Attestation du secrétariat social pour Groupements en ce compris les Maisons médicales concernant les modalités de la mise au travail d'un employé**

*Cette attestation entre dans le cadre de la prise en charge d'une* ***partie du coût salarial global*** *relatif à l’employé qui assiste les médecins dans l’accueil et la gestion de la pratique.*

*Si le pourcentage de travail de l’employé administratif change en cours d’année, il faut compléter autant d’attestations du secrétariat social qu’il y a eu de changements dudit pourcentage*

Sur base du dossier et/ou des documents présentés, le **secrétariat social** confirme que

Sur base du dossier et/ou des documents présentés :

1. **la personne morale**,

employeur,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nom à indiquer) représentée par\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indiquer le nom et prénom du responsable)

**ou**

1. **l'association de fait**

employeur,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nom éventuel à indiquer)

représentée par tous les médecins faisant partie de l'association précitée ou de celui/ceux qui représente(nt) l’association de fait conformément à la déclaration de cette association signée par tous les médecins)

Médecin 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

­­­­­­­­­­­Médecin 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin 3:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin 4:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin 5:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a engagé l’employé (indiquer nom + prénom du collaborateur administratif):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pendant la période du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dans les liens d’un contrat de travail qui garantit un salaire correspondant au moins au barème fixé par la commission paritaire 305.2 (depuis 01/01/2008 CPS 330.04) compétente pour la mise au travail d’un employé chargé de l’accueil et de la gestion de la pratique dans une pratique de médecine générale.

* Nombre de mois de mise au travail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pourcentage d’emploi équivalent temps plein (**comme prévu dans le contrat/avenant de travail**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre d’heures de travail par semaine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Coût salarial\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*cumul du salaire brut annuel, des charges sociales (ONSS employeur + cotisations spéciales de la sécurité sociale) et de tout autre frais qui découle directement ou indirectement du contrat de travail et de son exécution (c’est-à-dire assurance-groupe, chèque-repas,…)

Date Signature Cachet secrétariat social

 (Obligatoire)