**Document 03 - MODÈLE** **- Formulaire de choix barémique Activation de la fonction d’aide-soignant (codes de fonction IFIC 6272 et 6372)**

Classification de fonctions IFIC - Secteurs régionalisés publics wallons de la santé – Protocoles IFIC (parties 1 et 3) des 26/10/2021, 10/02/2023 et 20/12/2023**[[1]](#footnote-1)**

A l’attention de ……

Employeur

ou Service du personnel/RH

Adresse

Madame,

Monsieur,

Je, soussigné(e)……………………………………………………………………………………………… (Nom, Prénom) vous notifie par la présente mon choix : (cocher **UNE SEULE** des deux propositions)

* 🞎  d**’opter** pour le barème IFIC.
* 🞎  de **ne pas opter** pour le barème IFIC et de maintenir mes conditions salariales existantes, y compris les augmentations futures convenues.

Je prends bonne note du fait que :

* Mon choix d’opter pour le barème IFIC est irréversible.
* Ne pas communiquer mon choix pour le xx/xx/xx [date E bis+ 6semaines] **au plus tard** équivaut à refuser le nouveau barème IFIC, et à maintenir mes conditions salariales actuelles.

Date : ..........................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : .......................... | Prénom : .......................... |
| Signature du travailleur :  ……………………………………… |  |

1. Pour plus d’informations, nous vous invitons à consulter sur le site de l’IFIC les protocoles mentionnés en tête de document. [↑](#footnote-ref-1)