**Modèle de lettre 1 - fin de contrat de travail moyennant respect d'un délai de préavis**

Recommandé

[Date]

[Madame / Monsieur],

Par la présente, nous vous [informons de / confirmons] notre décision de mettre fin à votre contrat de travail moyennant le respect d'un délai de préavis de [nombre de semaines] commençant à courir le [date de prise de cours].

Nous attirons votre attention sur le fait que vous remplissez les conditions d'âge et d'ancienneté pour bénéficier d'une procédure de reclassement professionnel, tel que prévu par la CCT du 10 juillet 2014 conclue au sein de la Commission Paritaire Auxiliaire pour Employés, section I : régime particulier de reclassement professionnel pour les employés d’au moins 45 ans.

Nous vous prions d'informer par écrit le Cefora, le centre de formation de la CPAE, dans un délai d'un mois, si vous acceptez cette offre et ce à l'aide du formulaire ci-joint. Le Cefora vous contactera dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, [Madame / Monsieur], l'expression de nos salutations distinguées.

[Nom de la personne qui a le pouvoir de licencier]

[Fonction]

L'employé qui refuse de collaborer ou refuse une offre valable de reclassement professionnel ou ne réagit pas à une offre valable, peut être sanctionné dans le cadre de la réglementation relative au chômage. Il en va de même s'il ne demande pas l'accompagnement professionnel auquel il a droit.

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations à compléter par l'employeur**  **Nom de l’entreprise :**  **Numéro de l'entreprise :**  Représentée par  M./Mme  Fonction :  Adresse de l’entreprise :  Téléphone :  Fax :  E-mail :  Durée du délai de préavis : | **Employé(e) :**  Prénom :  Nom :  Adresse :  Téléphone :  En service depuis le :  Hors service depuis le :  Date de naissance :  Barème salarial : |

Madame, Monsieur,

Par la présente je vous informe de l'offre sectorielle d'outplacement prévue par la CCT du 10 juillet 2014, conclue au sein de la Commission Paritaire Auxiliaire pour Employés, section I : régime particulier de reclassement professionnel pour les employés d’au moins 45 ans.

Cette proposition d'outplacement comprend un accompagnement et un encadrement professionnels qui devraient vous permettre de trouver le plus rapidement possible un nouvel emploi. Le Cefora, centre de formation de la CPAE, est chargé de l'organisation pratique de cet accompagnement.

Si vous souhaitez faire usage de cette offre, je vous saurais gré de bien vouloir remplir le cadre ci-dessous et d'envoyer ce document dans un délai de 1 mois au Cefora. Pour plus d'informations au sujet de cet accompagnement sectoriel consultez le site **www.cefora.be**.

Sincères salutations.

Nom et prénom en lettres capitales

Signature

Fait à En date du

**A compléter par le travailleur et à envoyer au Cefora, Boulevard Auguste Reyers 70, 1030 Bruxelles – Tél. : 0800 59 222 –** [**outplacement@cefora.be**](mailto:outplacement@cefora.be)

Par la signature du présent document, je déclare vouloir répondre à cette offre d'outplacement.

Nom et prénom en lettres capitales:

Signature

Fait à En date du

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O Je m’inscris pour l’Outplacement 40h en 6 mois | | | | | | O Je m’inscris pour l’Outplacement 60h en 12 mois | | |
|  | | | | | | | | |
| Nom: |  | | | | | | | |
| Prénom: |  | | | | | | | |
| Rue: |  | | | | | N°: | |  |
|  | | | | | | Bte: | |  |
| Code postal: |  | | | | | Localité: | |  |
| Téléphone/GSM: | |  | | | | | | |
| E-mail: |  | | | | | | | |
| Sexe: |  | | | | | | | |
| Numéro de registre national: | | |  | | | | | |
| Nom de l’entreprise dans laquelle je travaillais: | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| Adresse de cette entreprise: | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Date du licenciement: | | |  | | | | | |
| Dernière fonction exercée**:** | | |  | | | | | |
| Nombre total d’années de travail prestées en tant que salarié: | | | | | | |  | |
| Diplôme le plus élevé obtenu: | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Préavis restant à prester ? | | | | |
| O Oui, jusqu’au …/ …/... | | O Non | O Non, mais toujours sous contrat jusqu’au .../…/... | |
| Je souhaite suivre le programme dans la province suivante ? | | | | |
| O Région de Bruxelles - Capitale | | O Hainaut | |  |
| O Brabant wallon | | O Liège | |  |
| O Namur | | O Luxembourg | |  |
| Je désire recevoir toute correspondance concernant l’inscription : | | | | |
| O par lettre | | O par courriel via l’adresse e-mail mentionnée ci-dessous | | |
| Signature | | Date | |  |
| O | Je déclare que toutes les données et documents sont exacts. J’ai pris connaissances des conditions générales et les accepte par l’introduction de ma demande. | | | |