|  |
| --- |
| **Demande d’autorisation visant au versement d’un salaire inférieur au salaire minimum conformément à l’art. 17.5 CCT** |
| **Entreprise :***(Prière d’indiquer l’adresse électronique afin de permettre un traitement rapide de votre demande. Merci !)* |
| **Nom du travailleur / de la travailleuse :****Date de naissance :****Entrée dans l’entreprise :****Qualification ou activités professionnelle(s) :** |
| **Demande :** |
| **Justification :** |
| **Mesures prévues afin de remédier aux déficits professionnels (sur le fond / calendrier) :** |
| **Lieu / date :** **Signature de l’employeur/euse : Signature du/de la travailleur/euse :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |