Dénomination et adresse de l'hôpital : ………………………………..

………………………………..

………………………………..

Numéro d’agrément :………………………………..

**Déclaration sur l’honneur 2020**

*A envoyer à l’adresse électronique :* [*com.finhosp@health.fgov.be*](mailto:com.finhosp@health.fgov.be)

*Date limite : le 31 mars 2021*

**Concerne : Article 73, §5 de l’AR du 25 avril 2002**

*Art. 73, §5, alinéa 7 : Pour maintenir le droit au financement,* ***l’hôpital doit prouver****,* ***chaque année****, que le nombre moyen* ***d’ETP statutaires*** *ou* ***d’ETP statutaires mis à sa disposition*** *par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné n’est* ***pas supérieur au nombre moyen d’ETP****, statutaires ou statutaires mis à sa disposition, de l’année 2018.*

-----------------

Je soussigné, [NOM Prénom], [fonction], de l'hôpital [dénomination],   
atteste sur l'honneur que le nombre moyen d’ETP statutaires1 ou d’ETP statutaires mis à dispositionpar l’administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé des administrations locales et provinciales1, de l’année **2020** n’est pas supérieur au nombre moyen d’ETP statutaires ou d’ETP statutaires mis à disposition de l’année **2018**.

|  |  |
| --- | --- |
| nombre moyen d’ETP statutaires **2018** | nombre moyen d’ETP statutaires **2020** |
|  |  |

Fait à [localité], le [date]

|  |  |
| --- | --- |
| Pour le gestionnaire de l'hôpital, | *(uniquement les hôpitaux privés)*  Pour l’administration locale [dénomination], |
| [NOM Prénom]  [fonction] | [NOM Prénom]  [fonction] |