	F/L-120 **Annexe**	**DECLARATION** **RELATIVE A L'OUVERTURE OU LA FERMETURE DU DROIT AUX SUPPLEMENTS DE TRAITEMENT, ALLOCATIONS ET INDEMNITES**

Nouveau numéro d'identification	NOM	Prénom	Cadre/Niveau	Date d'ouverture	Date de fermeture

RESPONSABLE DU PERSONNEL							
NOM						Prénom	
Date						Numéro de téléphone du service	
Modèle de décentralisation	○	Base	○	Light	◉	Full	
Signature							