

# La fonction publique

Administration :

Adresse :

Réf :

**Brm.-** Transmis à l'Institut national d'administration publique avec prière de bien vouloir prendre en considération la demande d'inscription jointe dans le cadre de l'organisation des cycles de formation préparatoires aux groupes de traitement et d'indemnité supérieurs.

Luxembourg, le

---

(signature du chef d'administration ou de son délégué)

Nom, Prénom (en toutes lettres) :

Fonction :



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Institut national d'administration publique

# DEMANDE D'INSCRIPTION À UN CYCLE DE FORMATION PRÉPARATOIRE À UN GROUPE DE TRAITEMENT OU D'INDEMNITÉ SUPÉRIEUR

## **Remarques préliminaires :**

- Ce formulaire s'applique uniquement aux agents qui, au moment de la demande de participation, peuvent se prévaloir, en ce qui concerne les fonctionnaires, d'au moins 9 années de service depuis leur nomination et, en ce qui concerne les employés, d'au moins 9 années depuis leur début de carrière.
- Le formulaire dûment rempli et signé est à transmettre par courriel à [carriere.ouverte@inap.etat.lu](mailto:carriere.ouverte@inap.etat.lu).

## **1. Données d'identification de l'agent concerné**

Numéro d'identification (matricule) :

Prénom(s) :

Nom(s) :

Dénomination du ministère / de l'administration / de l'établissement public :

Courriel professionnel :

Courriel privé (optionnel) :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé (optionnel) :

Date de nomination

Date de début de carrière

## **Statut**

Fonctionnaire

Employé(e)

## **2. Cycle de formation préparatoire pour le secteur étatique**

**Prière de cocher le cycle de formation préparatoire en question.**

| <b><i>Cycle de formation préparatoire en question</i></b> | <b><i>Groupe de traitement ou d'indemnité actuel</i></b> | <b><i>Groupe de traitement ou d'indemnité immédiatement supérieur</i></b> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | A2                                                       | A1                                                                        |
|                                                           | B1                                                       | A2                                                                        |
|                                                           | C1                                                       | B1                                                                        |
|                                                           | C2                                                       | C1                                                                        |
|                                                           | Groupe d'indemnité D1 (employé(e)s)                      | C1                                                                        |

Lieu et date de la signature

Signature de l'agent concerné

### Protection des données à caractère personnel

En soumettant le présent formulaire, vous allez communiquer des informations à caractère personnel à l'Institut national d'administration publique (INAP). Celles-ci seront enregistrées par l'INAP dans un système d'information et conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des obligations légales et réglementaires de l'INAP.

Pour plus de détails concernant la gestion de vos données personnelles (conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) dit « RGPD ») et pour exercer vos droits en la matière, nous vous prions de prendre connaissance de la notice RGPD de l'INAP, disponible en cliquant sur le lien suivant : [Protection des données personnelles - Institut national d'administration publique // Le gouvernement luxembourgeois.](#)