

## DESIGNATION DU DÉLÉGUÉ À LA FORMATION ET/OU DÉLÉGUÉ À LA FORMATION ADJOINT

### **Remarques préliminaires :**

- Ce formulaire est destiné à transmettre à l'INAP les informations concernant la désignation d'un délégué à la formation et/ou d'un délégué à la formation adjoint.
- Lorsqu'un délégué à la formation est désigné, prière de remplir la section 2. Dans ce cas, le délégué à la formation ainsi désigné doit consentir aux traitements de ses données personnelles en signant la déclaration indiquée à la section 2. Le chef d'administration / directeur, ou son délégué, signe ensuite le formulaire.
- Lorsqu'un délégué à la formation adjoint est désigné, prière de remplir la section 3. Dans ce cas, le délégué à la formation adjoint ainsi désigné doit consentir aux traitements de ses données personnelles en signant la déclaration indiquée à la section 3. Le chef d'administration / directeur, ou son délégué, signe ensuite le formulaire.
- Si un délégué à la formation (adjoint) est déjà en place, celui-ci ne sera pas automatiquement remplacé par la personne qui est désignée ci-après à cette même fonction.

### **1. Dénomination du ministère / administration / établissement public concerné(e)**

### **2. Désignation du délégué à la formation**

Identifiant IAM :

Numéro d'identification (matricule) :

Prénom :

Nom :

Fonction :

Courriel professionnel :

Courriel privé (*optionnel*) :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé (*optionnel*) :

**Consentement aux traitements des données à caractère personnel**

Le délégué à la formation désigné consent aux traitements de ses données à caractère personnel conformément à la notice d'information applicable à ce formulaire et disponible **ici**.

Oui

Non

Lieu et date de la signature

Signature du **délégué à la formation** désigné

**3. Désignation du délégué à la formation adjoint**

Identifiant IAM :

Numéro d'identification (matricule) :

Prénom :

Nom :

Fonction :

Courriel professionnel :

Courriel privé (*optionnel*) :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé (*optionnel*) :

Lieu et date de la signature

Nom, prénom (en toutes lettres)

Fonction

Signature du chef d'administration / directeur, ou de son délégué

## 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'ASM, disponible en cliquant sur le lien suivant : [Protection des données personnelles - Institut national d'administration publique // Le gouvernement luxembourgeois.](#)