

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 /
collège des bourgmestre et échevins)

Nom, prénom (en toutes lettres)

Fonction :



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 info@inap.etat.lu.

1. Données d'identification de l'agent concerné

Numéro d'identification (matricule):

Prénoms :

Noms :

Dénomination du ministère / administration / établissement public / commune:

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

Prière de marquer le cycle de formation préparatoire en question.

Cycle de formation préparatoire en question	Groupe de traitement ou d'indemnité actuel	Groupe de traitement ou d'indemnité immédiatement supérieur
	A2	A1
	Groupe de traitements B1 (fonctionnaires)	A1
	Groupe d'indemnités B1 (employé(e)s)	A2
	Groupe de traitement D1 de la rubrique « Douanes » (fonctionnaires)	B1
	D1	C1
	D2	C1, D1
	D3	C1, D1, D2

3. Consentement aux traitements des données à caractère personnel

L'agent concerné consent aux traitements de ses données à caractère personnel conformément à la notice d'information applicable à ce formulaire et disponible [ici](#).

Lieu et date de la signature

Signature de l'agent concerné