



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Institut national d'administration 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
(Chef d'administration)
(Collège des bourgmestres 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) :

Prénom(s) :

Nom(s) :

Dénomination de l'administration :

Courriel professionnel :

Courriel privé (optionnel) :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé (optionnel) :

Date de nomination

Date de début de carrière

Statut

Fonctionnaire

Employé(e)

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts



2. Cycle de formation préparatoire

Prière de cocher le cycle de formation préparatoire en question.

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