

DEMANDE D'ASSIMILATION D'UNE / DE PLUSIEURS FORMATION(S)

Remarques préliminaires :

- Ce formulaire permet à **tout agent public du secteur communal** d'effectuer une demande d'assimilation d'une ou de plusieurs formation(s) conformément au règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2000 et au règlement grand-ducal modifié du 4 avril 1964.
- Pour les agents du secteur étatique, nous vous informons que votre requête doit être effectuée directement dans MyRH dans votre espace « Agent » via la démarche « Demande d'assimilation de formation ». Ce formulaire est à utiliser uniquement si vous rencontrez des problèmes techniques.

1. Données d'identification de l'agent concerné

Numéro d'identification (matricule)*:

Prénom* :

Nom* :

Dénomination de l'administration* :

Email professionnel* :

Email privé :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé :

Statut* :

Fonctionnaire

Employé

Autre(s) :

Groupe de traitement / indemnité* :

A1 A2 B1 C1 D1 D2 D3

Date d'embauche au poste actuel* :

2. Formation(s) à assimiler

Sujet de la formation suivie	Finalité de l'assimilation	Motif de suivi de la formation	Organisme de formation	Lieu de formation	Date(s) de la formation	Durée (en heures) de la formation

Remarque :

- Le motif de suivi de la formation doit justifier le caractère exceptionnel ainsi que la compatibilité avec l'intérêt du service.

3. Annexes à joindre à cette demande

Afin qu'une demande d'assimilation puisse être prise en compte, il est impératif de joindre, pour chaque formation à assimiler et sous forme .pdf, les pièces justificatives suivantes :

- (i) Certificat de participation faisant mention des éléments suivants : nom du participant, nom de la formation, date de la formation, nom de l'organisme / formateur.
- (ii) Descriptif détaillé de la formation devant faire mention des éléments suivants : objectifs pédagogiques (formulés de la manière suivante : « à la fin de la formation, les apprenants seront capables de ... », contenu (programme de la formation), durée de la formation.

Lieu et date de la signature

Signature de l'agent concerné

Le soussigné, chef d'administration, ou son délégué, donne son accord à cette demande pour l'agent concerné.

Lieu et date de la signature

Nom, prénom (en toutes lettres)

Signature du chef d'administration, ou son délégué

Fonction

* Champ obligatoire.

** En cas d'absence de consentement, votre demande ne pourra pas être traitée. Vous pouvez contacter l'INAP pour obtenir plus d'informations.

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.](#)