

## DEMANDE D'OCTROI DE L'INDEMNITE PROFESSIONNELLE D'ATTENTE (IPA)

(Application des articles L.551-1 à L.552-4 du Code du travail)

Matricule :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

No et Rue : \_\_\_\_\_

Code postal et localité : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) demande à être admis(e) au bénéfice de l'indemnité professionnelle d'attente en vertu des dispositions légales précitées.

L'indemnité professionnelle d'attente est à verser sur mon compte bancaire :

IBAN

Institut bancaire (code BIC) : \_\_\_\_\_

**Le formulaire doit donc être accompagné du ou des justificatif(s) nécessaire(s) tel(s) que:**

- aptitudes des 10 dernières années avant le reclassement, à réclamer, le cas échéant, au Service de santé au travail compétent;
- certificat d'affiliation du Centre Commun de la Sécurité Sociale ([www.ccss.lu](http://www.ccss.lu))

### Historique professionnel

Veuillez indiquer votre historique professionnel en commençant par votre employeur le plus récent et en finissant par votre employeur le plus ancien

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Description du poste : \_\_\_\_\_

Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Description du poste : \_\_\_\_\_

Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'OCTROI DE L'INDEMNITE PROFESSIONNELLE D'ATTENTE (IPA)

(Application des articles L.551-1 à L.552-4 du Code du travail)

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Description du poste : \_\_\_\_\_

Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Description du poste : \_\_\_\_\_

Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Description du poste : \_\_\_\_\_

Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Description du poste : \_\_\_\_\_

Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

"La loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel prévoit que l'administré soit informé que les réponses à ce formulaire ne peuvent servir à d'autres fins que celles prévues par les articles L.551-1 à L.552-4 du Code du Travail. Conformément aux termes de la précitée législation, le droit d'accès, de rectification et de suppression des données est garanti"

**Le formulaire est à retourner dûment rempli et signé à :**

Agence pour le développement de l'emploi | Service handicap et reclassement professionnel | 19, rue de Bitbourg | L-1273 Hamm

Adresse postale : Boîte postale 1125 | L-1011 Luxembourg

Contact Demandeurs d'emploi : +(352) 247 88888 | Contact Employeurs : +(352) 247 88000 | Fax : +(352) 247 95300

info-ipa@adem.etat.lu