

## Demande d'octroi de l'aide de promotion à l'apprentissage

Le présent formulaire relatif à la demande de l'aide de promotion à l'apprentissage n'est à utiliser que par les employeurs formateurs ayant occupé un(e) apprenti(e) ou plusieurs apprenti(e)s sur base d'un contrat d'apprentissage durant l'année d'apprentissage

**La demande doit être introduite et présentée à l'ADEM, sous peine de forclusion, avant le 1er juillet de l'année qui suit celle au cours de laquelle l'année d'apprentissage qui ouvre droit à l'aide ou à la prime a pris fin.**

### DONNEES PERSONNELLES

L'ADEM, en qualité de responsable du traitement, collecte vos données personnelles pour traiter votre demande d'octroi des aides de promotion à l'apprentissage. En vertu du RGPD, vous pouvez accéder aux données vous concernant et en obtenir une copie, obtenir la rectification de données inexactes ou incomplètes, vous opposer au traitement de vos données, obtenir l'effacement de celles-ci et la limitation du traitement et introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données (<https://cnpd.public.lu/fr.html>). Tous les champs et pièces sont obligatoires pour le traitement de votre demande.

Pour de plus amples informations concernant le traitement de vos données personnelles par l'ADEM et pour exercer vos droits conférés par le RGPD, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données » de notre site internet <https://adem.public.lu/fr/support/protection-des-donnees.html>, disponible en langues française, allemande et anglaise.

### Employeur

Matricule :

Nom entreprise :

Rue et numéro :

Code postal :

Localité :

Téléphone :

IBAN

Année	Classe de Mutualité		Assurance Accident	
	Classe	Taux	Classe	Taux

**demande par la présente l'octroi des aides de promotion de l'apprentissage ainsi que le remboursement de la part patronale des charges sociales. Il certifie que, pendant la période de référence du 1<sup>er</sup> septembre – 31 août , il était lié par un contrat d'apprentissage avec l'apprenti(e) :**

Nom :

Prénom :

Matricule :

**Absence maladie/accident :**      Non      oui

-> nombre d'heures de maladie      heures au cours du mois

nombre d'heures de maladie      heures au cours du mois

nombre d'heures de maladie      heures au cours du mois

**Pièces à joindre au formulaire :**      copie des fiches de salaire pour la période demandée  
copie d'un relevé d'identité bancaire de l'entreprise

L'employeur confirme l'exactitude des données ci-dessus et s'engage à communiquer tout changement dans les plus brefs délais à l'ADEM.

Lieu et date

Signature Employeur