

Demande d'octroi des aides et primes de promotion de l'apprentissage

Le présent formulaire relatif à la demande des aides 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

Les formulaires sont à renvoyer par courrier postal à l'adresse indiquée en bas de page avant le 1^{er} 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^{er} 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 :

date :

Signature employeur _____