DEMANDE DE REDUCTION DU TEMPS DE TRAVAIL SUPERIEURE A 20 %

Demande introduite par : **Le/La salarié(e)** ☐ **L'employeur** ☐

Nom et Prénom du/de la salarié(e) concerné(e) : _____

Matricule du/de la salarié(e) :

Employeur concerné : _____

Par la présente, il est demandé à la Commission mixte d'accorder une réduction du temps de travail au/ à la salarié(e) susvisé(e) de _____% du temps de travail actuel.

Cette demande de réduction supplémentaire est motivée par les raisons suivantes :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Date : _____

Signature du/de la salarié(e)* : Signature de l'employeur* :

_____ _____

*La signature des deux parties est obligatoire et permet de prouver que l'autre partie a été informée de la demande.

La demande est à transmettre à :

ADEM - Secrétariat de la Commission mixte

Email : info.tcr@adem.etat.lu

B.P. 2208
L-1022 Luxembourg

ANTRAG AUF VERKÜRZUNG DER ARBEITSZEIT ÜBER 20%

Diesen Antrag reicht ein : **Der/Die Arbeitnehmer(in)** ☐ **Der/Die Arbeitgeber(in)** ☐

Name und Vorname des/der betroffenen Arbeitnehmers(in) : _____

Sozialversicherungsnummer :

Betroffene(r) Arbeitgeber(in): _____

Hiermit wird die Gemischte Kommission beauftragt, dem/der obengenannten Arbeitnehmer(-in) eine Arbeitszeitverkürzung in Höhe von _____ % der derzeitigen Arbeitszeit zu gewähren.

Folgende Gründe rechtfertigen diesen Antrag auf zusätzliche Arbeitszeitverkürzung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Datum :_____

Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in) : Unterschrift des/der Arbeitgebers/in :

_____ _____

*Die Unterschrift beider Parteien ist erforderlich und dient als Nachweis, dass die jeweils andere Partei über den Antrag informiert wurde.

Der Antrag ist zu richten an:

ADEM - Secrétariat de la Commission mixte

Email : info.tcr@adem.etat.lu

B.P. 2208
L-1022 Luxembourg