

Entreprise :

Mois de :

DONNEES PERSONNELLES : Les données personnelles collectées dans ce formulaire permettent à l'ADEM d'assurer le traitement de votre demande de remboursement de l'indemnité compensatoire de salaire. Pour cette finalité, les données peuvent être partagées avec le Ministère du Travail et le Ministère des Finances (Trésorerie de l'Etat et Contrôle financier). Ce traitement est fondé sur nos missions d'intérêt public définies aux articles L.532-1 et suivants et au livre VI du Code du Travail. L'ADEM se réserve le droit de vérifier l'exactitude des données fournies ci-après auprès du Centre Commun de la Sécurité Sociale, du Registre de Commerce et des Sociétés de Luxembourg et auprès de la Direction générale des Classes moyennes.

Ces données seront conservées pendant la période nécessaire à l'accomplissement de la finalité susmentionnée, conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD) ainsi qu'à la législation nationale en la matière. Vous trouverez de plus amples informations, ainsi que les données de contact du délégué à la protection des données (DPO), pour faire valoir vos droits, conférés par le RGPD, sur le site <http://adem.public.lu/fr/support/protection-des-donnees/index.html>.

Salarié

Laisser en blanc, SVP

11 nom et prénom:

15 profession :

15 a matricule :

EN

Heures ouvrables du mois considéré

21 nombre d'heures de travail réellement effectuées à l'entreprise :

h

22 nombre d'heures perdues :

+

h

23 autres heures ouvrables du mois, rémunérées ou non rémunérées :

+

h

24 = total :

=

h

Heures indemnisées par l'employeur

31 nombre d'heures de travail perdues :

h

32 moins nombre d'heures de travail récupérées ou supplémentaires :

-

h

34 = heures indemnisées par l'employeur :

=

h

Indemnité compensatoire de rémunération accordé par l'employeur

ATTENTION AU MAXIMUM DU SALAIRE DE COMPENSATION

41 Salaire horaire brut normal du travailleur :

€

42 dont 80% (SANS ARRONDIR) :

→

€

43 montant brut de l'indemnité compensatoire de rémunération :
accordé par l'employeur: (Positions 34 x 42)

€

DECLARATION ET QUITTANCE

Le travailleur soussigné déclare par la présente qu'il est apte au travail, qu'il ne touche ni rente de retraite, ni rente d'invalidité, qu'il n'a pas introduit de demande d'indemnisation auprès d'un autre service luxembourgeois ou étranger, et que les données ci-dessus sont exactes. Il confirme que le salaire de compensation brut indiqué ci-dessus lui a été accordé de la part de son employeur.

Le (la) soussigné(e) confirme l'exactitude des données ci-dessus et s'engage à communiquer tout changement dans les plus brefs délais au Service maintien de l'emploi.

Signature du salarié

Signature de l'employeur