

## Demande de réévaluation du taux de participation au salaire d'un salarié handicapé

### DONNEES PERSONNELLES

L'ADEM, en qualité de responsable du traitement, collecte vos données personnelles pour traiter votre demande en vertu de l'article L. 551-7 (1) du Code du Travail. En vertu du RGPD, vous pouvez accéder aux données vous concernant et en obtenir une copie, obtenir la rectification de données inexacts ou incomplètes, vous opposer au traitement de vos données, obtenir l'effacement de celles-ci et la limitation du traitement sur demande à l'adresse suivante : [info.rgpd@adem.etat.lu](mailto:info.rgpd@adem.etat.lu). En outre, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale pour la Protection des Données (<https://cnpd.public.lu/fr.html>). Les champs marqués par un astérisque (\*) 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 \* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Rue et numéro \* :

Code postal \* :

Localité \* :

Personne de contact

Nom \* :

Prénom \* :

Tél \* :

Email \* :

Par la présente, je sollicite une réévaluation de la participation au salaire concernant :

Nom du/de la salarié(e) \* :

Prénom \* :

Matricule \* :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Le/la salarié(e) est engagé(e) en tant que :

Description des tâches effectuées :\*

Date d'engagement :

Lieu de travail \* :

Cette demande constitue\* (veuillez cocher la case qui convient) :

une demande d'analyse MELBA sur le lieu de travail en vue de la réévaluation du taux de 30% accordé initialement.

une demande de réévaluation du taux sur base d'éléments nouveaux (p.ex. évolution du handicap ou de l'état de santé du salarié ...)

Dans ce cas, veuillez expliquer les motifs à la base de votre demande et transmettre des pièces justificatives\*:

Je joins à la présente

- une fiche d'aptitude au poste établie par le médecin du travail en cours de validité\*

Des pièces justificatives additionnelles pourront être demandées par l'ADEM. Veuillez noter que seul un dossier complet comportant toutes les pièces justificatives demandées pourra être traité.

**Je soussigné(e) confirme l'exactitude des données fournies ci-avant et m'engage à communiquer tout changement dans les plus brefs délais à l'ADEM.**

Lieu \* :

Date \* :

---

Cachet et signature de l'entreprise \*