

Nom / Name: _____

Prénom / Vorname: _____

Rue / Straße: _____ N°: _____

Code postal / Postleitzahl: _____ Localité / Wohnort: _____

Pays / Land: _____ Nationalité / Nationalität: _____

Date de naissance / Geburtsdatum: _____ Ext. matricule CNS / Endziffern CNS: _____

Fonction syndicale / gewerkschaftliche Funktion: _____

Tél. privé / Privattelefon: _____ GSM / Handy: _____

E-mail privé / Private E-Mail: _____

Nom employeur / Arbeitgeber Name: _____

Rue / Straße: _____ N°: _____

Code postal / Postleitzahl: _____ Localité / Ort: _____

Tél. / Tel.: _____ Numéro de fax / Fax: _____

Désire participer au cours suivant / Wünscht an folgendem Kurs teilzunehmen:

Numéro de référence Referenznummer	Date Datum	Intitulé Titel	Langue Sprache

Je suis / ich bin

- Délégué libéré / Freigestellter Delegierter
 Délégué effectif / Effektiver Delegierter
 Délégué suppléant / Ersatzdelegierter
- Délégué à la sécurité / Sicherheitdelegierter
 Délégué à l'égalité / Gleichstellungsdelegierter

- Je prends du congé de formation / Ich nehme Weiterbildungsurlaub
- Je prends mes crédits d'heures de délégation / Ich nehme meinen Stundenkredit der Personaldelegation
- Je demande une dispense de service / Ich beantrage eine Freistellung

Date / Datum **Signature / Unterschrift**

Par votre signature, vous acceptez le règlement de participation et autorisez le LCGB à traiter vos données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables régissant la protection des données à caractère personnel. Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die Teilnahmebedingungen und erlauben dem LCGB, Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Gesetzen und Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten zu verarbeiten.

Prière de renvoyer à / Bitte zurücksenden an:

LCGB - Service de formation | 11, rue du Commerce | L-1351 Luxembourg | ✉ formation@lcgb.lu