

## DEMANDE D'ASSIMILATION D'UNE / DE PLUSIEURS FORMATION(S)

### Remarques préliminaires :

- Ce formulaire permet à **tout agent public du secteur étatique ou communal** d'effectuer une demande d'assimilation d'une ou de plusieurs formation(s) conformément :
  - Pour le **secteur étatique** au règlement grand-ducal modifié du 31 octobre 2018 pour une formation au choix organisée par l'INAP et au règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2000 pour une formation continue ;
  - Pour le **secteur communal** au règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2000 et au règlement grand-ducal modifié du 4 avril 1964
- Pour les agents du secteur étatique, nous vous informons que votre requête devrait être effectuée directement dans MyRH dans votre « espace Agent » via la démarche « demande d'assimilation formation ». Le formulaire est à utiliser uniquement si vous rencontrez des problèmes techniques.

### 1. Données d'identification de l'agent concerné

Numéro d'identification (matricule)\*:

Prénom\* :

Nom\* :

Dénomination de l'administration\* :

Email professionnel\* :

Email privé :

Téléphone professionnel :

Téléphone privé :

Statut\* :

Fonctionnaire

Employé

Autre(s) :

Groupe de traitement / indemnité\* :

A1

A2

B1

C1

D1

D2

D3

Date d'embauche au poste actuel\* :

## **2. Formation(s) à assimiler**

Sujet de la formation suivie	Finalité de l'assimilation	Motif de suivi de la formation	Organisme de formation	Lieu de formation	Date(s) de la formation	Durée (en heures) de la formation

Remarque :

- Le motif de suivi de la formation doit justifier le caractère exceptionnel ainsi que la compatibilité avec l'intérêt du service.

## **3. Annexes à joindre à cette demande**

Afin qu'une demande d'assimilation puisse être prise en compte, il est impératif de joindre, pour chaque formation à assimiler et sous forme .pdf, les pièces justificatives suivantes :

- Bref descriptif (ou programme) de la formation suivie
- Attestation de participation à la formation établie par l'organisme de formation

## **4. Consentement aux traitements des données à caractère personnel**

L'agent concerné consent aux traitements de ses données à caractère personnel conformément à la notice d'information applicable à ce formulaire et disponible [ici](#).

- Oui  
 Non\*\*

Lieu et date de la signature

Signature de l'agent concerné

**Le soussigné, chef d'administration, ou son délégué, donne son accord à cette demande pour l'agent concerné.**

Lieu et date de la signature

Nom, prénom (en toutes lettres)

Signature du chef d'administration, ou son délégué

Fonction

\* Champ obligatoire.

\*\* En cas d'absence de consentement, votre demande ne pourra pas être traitée. Vous pouvez contacter l'INAP pour obtenir plus d'informations.