

Note justificative

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. 531 -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>.

En outre, nous vous rappelons que le RGPD vous oblige à informer le(s) salarié(s) concerné(s) par la présente demande du transfert à l'ADEM des données à caractère personnel le(s) concernant.

Entreprise

Nom : _____

Matricule :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rue et numéro : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Objet social : _____

Mois de chômage : _____

Périodes exactes d'interruption : du _____ au _____

du _____ au _____

Nombre d'ouvriers concernés : _____

Genre de travaux qui ont dû être interrompus : _____

Motifs de l'interruption du travail : _____

Adresses exactes des chantiers:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

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 " Aides financières pour employeurs".

Lieu et date : _____

signature et cachet de l'entreprise