



CENTRE COMMUN
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
L-2975 Luxembourg
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

DÉCLARATION D'ENTRÉE POUR SALARIÉ DU SECTEUR PUBLIC

Rectification / Annulation

1) Données concernant l'employeur

MATRICULE EMPLOYEUR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom ou dénomination	_____											
Rue, Numéro	_____											
Code Postal, Localité	_____										Tél.	_____

2) Données concernant l'assuré

MATRICULE ASSURÉ *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	_____					Prénom(s)	_____					
Nom marital	_____											
Rue, Numéro	_____											
Code Postal, Localité	_____										Code Pays	_____

3) Données concernant l'activité professionnelle de l'assuré

A) TYPE	Durée indéterminée	<input type="checkbox"/>	Durée déterminée	<input type="checkbox"/>	
	Apprentissage	<input type="checkbox"/>	Étudiant	<input type="checkbox"/>	
			Occupation occasionnelle	<input type="checkbox"/>	
B) PÉRIODE	Date d'entrée	<input type="text"/>	Fin du contrat	<input type="text"/>	
	Fin de la période d'essai	<input type="text"/>			
C) ACTIVITÉ	Description précise	_____		Code emploi	<input type="text"/>
	Heures de travail par semaine	<input type="text"/>	Activité manuelle	<input type="checkbox"/>	
D) LIEU(X) DE TRAVAIL	L <input type="checkbox"/>	Code postal	<input type="text"/>	Localité	_____
	B <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NL <input type="checkbox"/>	Autre(s) <input type="checkbox"/>

4) Données concernant le statut de l'assuré

Fonctionnaire de l'État / communal :	a) Régime spécial	<input type="checkbox"/>
	b) Régime spécial transitoire	<input type="checkbox"/>
Employé de l'État / communal :		<input type="checkbox"/>
Salarié :	a) sans continuation de la rémunération pendant 52 semaines	<input type="checkbox"/>
	b) avec continuation de la rémunération pendant 52 semaines	<input type="checkbox"/>

_____, le _____
Lieu

Date

Signature



Code Archivage
C121 (V2014)

Réservé à l'administration		

* A défaut de matricule, veuillez indiquer la date de naissance et joindre une copie d'une pièce d'identité officielle.