LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère du Travail

École supérieure du travail

CHAMBRE DES SALARIÉS LUXEMBOURG
YOU'LL NEVER WORK ALONE.

CHAMBER OF COMMERCE LUXEMBOURG

CHAMBRE DES MÉTIERS LUXEMBOURG

Kurs für Personalvertreter

Einverständnis des Arbeitgebers

Angaben des Arbeitgebers

Ich, der/die Unterzeichnete: _____

Funktion: _____

Name des Unternehmens: _____

Versicherungsnummer: _____

erkläre mich damit einverstanden, dass

Name: _____

Vorname: _____

Versicherungsnummer: _____

an folgender(n) Fortbildung(en) teilnimmt:

FD-_____ von _____ bis _____

FD-_____ von _____ bis _____

FD-_____ von _____ bis _____

FD-_____ von _____ bis _____

FD-_____ von _____ bis _____

FD-_____ von _____ bis _____

FD-_____ von _____ bis _____

Dieses ist als Beleg dem Anmeldeformular auf dem Portal guichet.lu beizufügen und ist nur mit der Unterschrift des Arbeitgebers oder seines Vertreters gültig.

Datum und Unterschrift des Arbeitgebers

_____

Datum und Unterschrift des Personalvertreters

_____