



Poste disponible pour mesure d'activation Affectation temporaire à des travaux d'utilité collective

[Loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale](#)



Avis important : Le formulaire signé est à renvoyer par e-mail à offreposte@onis.etat.lu, ou par voie postale à l'adresse indiquée dans l'entête.

La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

1. Coordonnées de l'organisme d'affection

Dénomination légale *	<input type="text"/>		
Personne de contact *	<input type="text"/>		
Numéro, rue *	<input type="text"/>		
Localité *	<input type="text"/>	L *	<input type="text"/>
Téléphone *	<input type="text"/>	E-mail *	<input type="text"/>

2. Description de la mesure d'activation à pourvoir

Tâche *	<input type="text"/>		
Précisions et exigences particulières éventuelles *	<input type="text"/>		
Nombre de postes *	<input type="text"/>	Poste à risque *	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Travail dimanche :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Travail jours fériés :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Langues requises * :	Luxembourgeois :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	Français :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	Allemand :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
	Autre :	<input type="text"/>	
Permis de conduire requis *	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Catégorie :	<input type="text"/>



Office national d'inclusion sociale

Lieu effectif de travail :

(si différent de l'adresse de l'organisme)

Numéro, Rue * :

Localité * :

L * :

Accès en transport en commun * : Oui Non

Personne responsable de l'encadrement et de la guidance de la personne affectée

Nom, prénom * :

Fonction * :

Téléphone * :

E-mail * :

Présence de la personne responsable : En continuité En fonction des besoins

2. Signature

Fait à * :

Le * :

Nom, Prénom * :

(signature et cachet)