



CENTRE COMMUN  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L-2975 Luxembourg  
Tél.: 40141-1 www.ccss.lu

# DECLARATION D'ENTREE POUR SALARIE DU SECTEUR PRIVE

Déclaration rectificative

## 1) Données concernant l'employeur

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

## 2) Données concernant l'assuré

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

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

<b>A) TYPE</b>	Durée indéterminée <input type="checkbox"/>	Durée déterminée <input type="checkbox"/>
	Apprentissage <input type="checkbox"/>	Etudiant <input type="checkbox"/>
		Stage <input type="checkbox"/>
<b>B) PÉRIODE</b>	Date d'entrée <input type="text"/>	Fin du contrat <input type="text"/>
	Fin de la période d'essai <input type="text"/>	
<b>C) ACTIVITÉ</b>	Description précise _____	Code emploi <input type="text"/>
	Heures de travail par semaine <input type="text"/>	Activité manuelle <input type="checkbox"/>
<b>D) LIEU(X) DE TRAVAIL</b>	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 dans l'entreprise

L'assuré est détenteur de l'autorisation d'établissement	<input type="checkbox"/>
L'assuré est gérant, administrateur ou administrateur-délégué	<input type="checkbox"/> Pourcentage des parts _____ %

Nom du signataire  Employeur /  Mandataire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



Code Archivage C021 (V0808)

Réservé à l'administration