

**Transport international de marchandises par route**  
**Relevé du personnel **désaffilié** auprès de la sécurité sociale luxembourgeoise ou étrangère**

Entreprise	Licence communautaire	réservé à l'administration
Matricule		

Numéro	Matricule	Nom	Prénom(s)	Nationalité	Pays de résidence	Pays d'affiliation*	gérant technique	chauffeur, titulaire d'un permis de conduire cat. C	chauffeur, <b>sans</b> permis de conduire cat. C	personnel administratif (employé de bureau)	personnel de maintenance (ouvrier)	réserve à l'administration
1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Totaux</b>												

\* l'affiliation à un organisme de sécurité sociale étranger entraîne que la personne concernée doit disposer d'un formulaire A1 valable dont une copie est à remettre au guichet des autorisations

**Certification**

Je soussigné(e), gérant(e) technique, certifie par la présente que les personnes énumérées ci-dessous ont été désaffiliées auprès de la sécurité sociale luxembourgeoise ou étrangère.

lieu et date

Nom et signature du gérant technique

