

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

<b>Entreprise</b>		réservé à l'administration
<b>Matricule</b>		
<b>Licence communautaire</b>		

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

\* 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

