

**Transport international de voyageurs par route
Relevé du personnel supplémentaire **affilié** 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. D	chauffeur, sans permis de conduire cat. D	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"/>	
Totaux												

* 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 affiliées soit auprès de la sécurité sociale luxembourgeoise, soit auprès d'un organisme de sécurité sociale étranger, que la relation contractuelle entre l'entreprise et le personnel respecte la législation luxembourgeoise et communautaire en matière de droit du travail et de droit social et notamment la convention collective, et qu'elles ont été déclarées auprès de l'Administration des Contributions Directes luxembourgeoise.

lieu et date

Nom et signature du gérant technique

