



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)