

# Demande d'engagement

N° dossier              
à remplir par DRF

## Renseignements généraux

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
C/P \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
Pays \_\_\_\_\_ Sexe  F  M  
Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ N° GSM \_\_\_\_\_  
N° Sécurité Sociale luxbg \_\_\_\_\_ N° tél. \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

## Emploi sollicité

Emploi sollicité \_\_\_\_\_  
Service souhaité \_\_\_\_\_  
Site  Dudelange  Esch  Niederkorn  
à temps  plein  partiel (  50%  75% ) ( \_\_\_\_ hrs/semaine)  
Horaires désirés  matin  après-midi  soir  peu importe  
Disponible  de suite  à partir du \_\_\_\_\_  délai de préavis \_\_\_\_ mois

Quelles sont vos raisons/motivations pour poser votre candidature au CHEM? (obligatoire)

---

---

---

---

Quels emplois ne souhaiteriez-vous pas occuper? Pour quelles raisons?

---

---

---

---

## Situation familiale

Célibataire  Marié(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf/Veuve  En partenariat

Nombre d'enfants à charge

## Situation sociale

Est-ce que vous êtes inscrit(e) auprès de l'administration d'emploi (ADEM) comme demandeur d'emploi?  oui  non  
Est-ce que vous touchez une indemnité de chômage?  oui  non  
Est-ce que vous êtes bénéficiaire du revenu minimum garanti (RMG)?  oui  non  
Est-ce que vous touchez une pension d'invalidité?  oui  non  
Avez-vous la qualité du travailleur handicapé telle que définie par la loi?  oui  non

Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)

Département Recrutement et Formation

☎ (+352) 5711 84200 📠 (+352) 5711 84209

recrutement-formation@chem.lu

www.chem.lu

## Etudes et formations

Ecoles fréquentées

---



---

Diplômes

---



---

Expériences  
professionnelles

---



---

## Connaissances linguistiques

	Compréhension	Expression	Rédaction
Luxembourgeois			
Allemand			
Français			
Portugais			
Anglais			
autres			

(++ Excellent / + Bien / ± Passable / - Quelques notions)

Langue Maternelle

---

## Situation professionnelle

Employeurs précédents

Nom et adresse	Votre fonction	Date d'entrée	Date de sortie	Motif de sortie

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature

Formulaire à envoyer au

**Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)**  
Département Recrutement et Formation  
B.P. 436  
L-4005 Esch/Alzette