



Délégué à la protection des données

# Règlement général sur la protection des données: exercice des droits autres que le droit d'accès des personnes physiques

Ce formulaire permet d'exercer auprès de l'Administration des contributions directes (ACD) les droits autres que le droit d'accès accordés par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) aux personnes concernées.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la rubrique informationnelle ci-après: [https://www.acd.lu/fr/az/r/RGPD\\_GDPR.html](https://www.acd.lu/fr/az/r/RGPD_GDPR.html)

La demande est à envoyer à l'adresse suivante:

**Administration des contributions directes  
Aux mains du délégué à la protection des données  
L-2982 Luxembourg**

## Coordonnées de la personne concernée

les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|--|--|------|--|------|--|--|--|--|--|
| nom (*)                              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| prénom (*)                           | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| numéro d'identification national (*) | <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="2">mois</td><td colspan="6">jour</td></tr></table> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | année |  |  | mois |  | jour |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| année                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      | mois                 |                      | jour                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
|                                      | si un numéro d'identification national a déjà été attribué, alors il est obligatoire. Si la personne concernée n'a pas de numéro d'identification national attribué, veuillez nous fournir:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| date de naissance (*)                | <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2">année</td><td colspan="2">mois</td><td colspan="2">jour</td></tr></table>                                                                                                                                                                               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | année                |                      | mois                 |                      | jour                 |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| année                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | mois                 |                      | jour                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| adresse (*)                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| numéro - rue                         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| code postal - localité               | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| pays                                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| adresse courriel                     | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |
| numéro de téléphone                  | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |       |  |  |      |  |      |  |  |  |  |  |

## Détails de la demande

veuillez préciser l'objet de votre demande et indiquer le droit que vous souhaitez exercer, l'année d'imposition et le numéro de dossier concernés :

veuillez renseigner les adresses courriels utilisées par le passé pour les échanges avec l'ACD le cas échéant:

### Pièce(s) justificative(s)

Cette demande doit être accompagnée de la copie d'une **pièce d'identification officielle valide** de la personne concernée.

### Signature

Je certifie par la présente que les renseignements fournis sont exacts.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
signature