

NOTIFICATION DE DETERMINER L'INAPTITUDE DEFINITIVE AU TRAVAIL
CONVENU A L'INITIATIVE DU TRAVAILLEUR

Je soussigné.e,

| | |
|--------------------|--|
| Nom et prénom | |
| Date de naissance | |
| Numéro national | |
| Adresse | |
| Téléphone / e-mail | |

Je déclare ne pas être en cours de trajet de réintégration actuellement,
 ET être sous certificat médical depuis un minimum de 9 mois consécutifs,

| | |
|----------------------------------|--|
| Date début incapacité de travail | |
|----------------------------------|--|

Je demande au médecin du travail de constater s'il m'est définitivement impossible d'effectuer le travail convenu auprès de mon employeur,

| | |
|---------------------------------|--|
| Travail convenu (avant absence) | |
| Employeur | |
| Adresse | |

Mon médecin traitant et ma mutuelle sont,

| Médecin traitant | Mutuelle |
|------------------|----------------------------------|
| Nom : | Nom : |
| Adresse : | Numéro d'affilié (vignette) : |
| Téléphone : | Nom médecin conseil : (si connu) |

J'envoie un exemplaire de ce document par **COURRIER RECOMMANDE** à :

- Mon employeur
- Empreva – Service médical - WTC III – Bld Simon Bolivar 30/1 – 1000 Bruxelles

Date et signature du travailleur¹ :

¹ "Je marque mon accord sur le fait qu'EMPREVA traite les données à caractère personnel pour les finalités propres à la demande ». La politique de traitement des données à caractère personnel d'EMPREVA est disponible sur <https://empreva.be/fr/declaration-de-confidentialite>.