Je soussigné.e,

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Date de naissance  Numéro national |  |
| Adresse |  |
| Téléphone et 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,

|  |  |
| --- | --- |
| MEDECIN TRAITANT | MUTUELLE |
| Nom : | Nom : |
| Adresse : | Numéro d’affilié (vignette) : |
| Téléphone : | Nom du médecin-conseil  (si vous le connaissez) : |

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

* Mon employeur
* Cohezio – FOS, Boulevard Bischoffsheim 1-8 à 1000 BRUXELLES

Date et signature du travailleur (1) :

*(1) “Je marque mon accord sur le fait que Cohezio traite mes données à caractère personnel pour les finalités propres à ma demande ».*

*La politique de traitement des données à caractère personnel de Cohezio se trouve sur* [*www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite*](http://www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite)*.*