Je soussigné.e,

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |

Représentant.e de

|  |  |
| --- | --- |
| Employeur |  |
| Adresse |  |
| N° de client (GAM)N° d’entreprise (BCE) |  |

Je demande au médecin du travail de constater s’il est définitivement impossible d’effectuer le travail convenu pour notre travailleur/travailleuse ?

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Date de naissanceNuméro national |  |
| Adresse |  |
| Téléphone / e-mail privé |  |
| Travail convenu |  |

Je déclare qu’il n’y a pas de trajet de réintégration en cours actuellement le/la concernant,

ET qu’il/elle est sous certificat médical depuis un minimum de 9 mois consécutifs,

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

J’informe notre travailleur/travailleuse de son droit de demander au médecin du travail d'examiner les possibilités d’un travail adapté ou d’un autre travail, s'il est établi qu’il/elle ne peut plus effectuer le travail convenu. Je l’informe aussi de son droit d'être assisté.e par la délégation syndicale de l'entreprise pendant cette procédure.

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

* Notre travailleur/travailleuse
* Cohezio – FOS, Boulevard Bischoffsheim 1-8 à 1000 BRUXELLES

 Date et signature de l’employeur (1) :

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