

# Demande de déclaration d'inaptitude définitive pour le travail convenu

## EMPLOYEUR

*Veillez remplir tous les champs correctement. Ces informations sont absolument nécessaires pour traiter correctement votre demande. Si des données sont manquantes, nous devons vous recontacter avant de pouvoir traiter la demande.*

**L'employeur soussigné** (nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique ou forme juridique, dénomination et siège de l'entreprise ou de l'organisme) :

**demande au conseiller en prévention-médecin du travail d'engager la procédure spéciale de déclaration d'inaptitude définitive pour le travail convenu pour :**  
**monsieur/madame** (nom et prénom de la personne à examiner)

Date de naissance :

Numéro NISS :

Adresse : Rue:

Numéro :

Boîte postale :

Code postal :

Commune :

Adresse e-mail (professionnelle) du travailleur concerné :

Adresse e-mail (privée) du travailleur concerné :

GSM/Tél. (professionnel) :

GSM/Tél. (privé) :

Mutuelle affiliée travailleur :

  

(Collez l'autocollant ici ou notez le numéro d'affiliation)

Travail convenu actuel :

Date de début de l'incapacité de travail :

*Il doit s'agir d'une incapacité de travail ininterrompue depuis au moins 9 mois. Cette procédure spéciale ne peut pas être lancée :*

- *si le travailleur a repris le travail pendant cette période d'incapacité, à moins qu'il ne soit à nouveau en incapacité dans les 14 premiers jours de la reprise du travail.*
- *tant qu'un trajet de réintégration est en cours.*

Le conseiller en prévention-médecin du travail convoque le travailleur trois fois à un examen, conformément aux dispositions de l'article I.4-82/1, §2 : si le travailleur ne réagit pas à l'invitation, le conseiller en prévention-médecin du travail en informe l'employeur et il est mis fin à la procédure spéciale.

Nom de l'entreprise :

Nom du responsable du personnel (HRM) :

Fonction de la personne de contact :

Tél. de la personne de contact :

E-mail de la personne de contact :

Nom du supérieur hiérarchique :

Date et signature de l'employeur ou de son représentant :

**Mention pour le travailleur :**

1. En cas de déclaration d'inaptitude définitive pour le travail convenu, vous avez le droit, conformément à la procédure spéciale du livre I<sup>er</sup>, titre 4, chapitre VI, section 3 du code du bien-être au travail, de demander au conseiller en prévention-médecin du travail d'examiner les possibilités de travail adapté ou d'autre travail.
2. Vous pouvez être assisté(e) au cours de cette procédure par la délégation syndicale de l'entreprise (conformément aux dispositions de la convention collective de travail n° 5 du 24 mai 1971 concernant le statut des délégations syndicales du personnel des entreprises).

**Cette demande doit être envoyée par courrier recommandé à le travailleur, ainsi qu'à notre service clientèle régional.**