

DEMANDE DE TRAJET DE RÉINTÉGRATION

MÉDECIN-CONSEIL

Le soussigné médecin (nom et prénom du médecin-conseil) :

Numéro INAMI :

Numéro d'ordre :

Adresse : Rue : _____ Numéro : _____ Boîte postale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse e-mail du médecin : _____ Numéro de téléphone du médecin : _____

demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration pour :

monsieur/madame (nom et prénom de la personne à examiner) : _____

Date de naissance : NISS :

Adresse : Rue : _____ Numéro : _____ Boîte postale : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Numéro de téléphone : _____

Travail actuel convenu :

Le travailleur concerné est inapte au travail depuis :

Raison de la demande de trajet de réintégration :

Nom de l'entreprise : _____

Numéro BCE :

Date, cachet et signature du médecin :

Veuillez envoyer votre demande de trajet de réintégration par courrier postal à notre service clientèle régional ou via l'application 'MyBox eHealth' à l'attention du Groupe IDEWE (le document peut être ajouté en pièce jointe).