

# DEMANDE DE TRAJET DE RÉINTÉGRATION

## TRAVAILLEUR

Le/la soussigné(e) (nom et prénom du travailleur) :

Date de naissance :

NISS :

Union de la mutualité :   
(Collez ici la vignette)

Adresse : Rue : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_ Boîte postale : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail (professionnelle) : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail (privée) : \_\_\_\_\_

N° de GSM/téléphone (professionnel) : \_\_\_\_\_ N° de GSM/téléphone (privé) : \_\_\_\_\_

### Demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration.

Travail actuel convenu :

Je suis inapte au travail depuis :

Raison de la demande de trajet de réintégration :

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_ Numéro BCE :

Nom du responsable du personnel (HRM) : \_\_\_\_\_

Nom du dirigeant : \_\_\_\_\_

Date et signature du travailleur :

Veuillez envoyer votre demande de trajet de réintégration par courrier postal à notre service clientèle régional.