

Demande de trajet de réintégration

TRAVAILLEUR



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

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

Date de naissance : / /

NISS :

Numéro de la mutuelle :

(Collez ici la vignette ou notez le numéro de la mutuelle)

Adresse : Rue :

Numéro :

Boîte :

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 :

Est 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 supérieur hiérarchique :

Date et signature du travailleur :

/ /

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