

DEMANDE DE TRAJET DE RÉINTÉGRATION

EMPLOYEUR

logo entreprise

L'employeur soussigné (nom, prénom et adresse de l'employeur, personne physique ou morale, nom et siège de l'entreprise ou de l'institution)

demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un parcours 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 : _____

Adresse e-mail (professionnelle) du travailleur concerné : _____

N° de GSM/téléphone (professionnel) du travailleur concerné : _____

Union de la mutualité :

(Collez ici la vignette)

Travail actuel convenu :

Raison de la demande de parcours de réintégration :

- Le travailleur est en incapacité de travail depuis plus de 4 mois
(début de l'incapacité de travail : _____).

- Attestation d'« incapacité de travail définitive » rédigée par le médecin traitant du travailleur
(ajouter en annexe une copie de l'attestation à l'attention du conseiller en prévention-médecin du travail).

Nom de l'entreprise : _____

Numéro BCE :

Nom du responsable du personnel (HRM) : _____

Fonction de la personne de contact : _____

Numéro de téléphone de la personne de contact : _____

Adresse e-mail de la personne de contact : _____

Nom du dirigeant : _____

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