

Demande d'évaluation de réintégration par le médecin traitant

(Article 73/2 §1, 3° de l'AR du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de santé des travailleurs)

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

Demande au médecin du travail d'inviter Monsieur/Madame _____
(nom, prénom de la personne à examiner)

Date de naissance _____ Adresse _____

à l'évaluation de réintégration décrite dans l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de santé des travailleurs, en vue de procéder à cette évaluation, compte tenu de l'indication ci-après:

Travail convenu actuel: _____

Nature de la demande de réintégration: (*)

- demande de l'employeur (au plus tôt à partir de 4 mois après le début de l'incapacité de travail)
- demande de l'employeur, après réception de l'attestation d'incapacité définitive établie par le médecin traitant du travailleur.

Nom, date et signature du médecin traitant:

Nom: _____

Date: _____

Signature + cachet:

(*) Cocher la case appropriée