

Demande de reprise à temps partiel

À utiliser pour la déclaration au Service médical de la Police, Certimed , Securex Contrôle médical, MediCheck *[sélection à faire]*

(Pour tous les champs obligatoire / facultatif / interdit : voir ensemble de données en fonction du destinataire)

NOM		Date de naissance	
PRENOM		Tél. patient	
NISS		Tél. contact	
Profession (actuelle)		Travailleur indépendant : oui- non	Sexe : M F X

DURÉE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL :

De <i>(la date de début)</i>	Jusqu'à <i>(la date de fin)</i>	<input type="checkbox"/> Prolongation <i>(facultatif)</i>	<input type="checkbox"/> Rechute <i>(facultatif)</i>
------------------------------	---------------------------------	---	--

Rendre noir ce qui est applicable

<input type="checkbox"/> Maladie			
<input type="checkbox"/> Maladie liée à la grossesse	Date présumée de l'accouchement	... - ... - 20..	
	Date initiale du congé de maternité	... - ... - 20..	
<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Privé / Droit commun <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accident sur le chemin du travail	Date de l'accident	... - ... - 20..	
<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	Date demande maladie professionnelle	... - ... - 20..	
Quitter le domicile	<input type="checkbox"/> Pas d'interdiction	<input type="checkbox"/> Interdiction	

POURCENTAGE DE REPRISE DE TRAVAIL:

Le patient peut reprendre le travail à ... %. <i>(obligatoire)</i>
--

DIAGNOSTIC *(max 3):*

Codetype	+ code	et/ou texte libre
Codetype	+ code	et/ou texte libre
Codetype	+ code	et/ou texte libre

HOSPITALISATION *(facultatif)*

De <i>(la date de début)</i>	Jusqu'à <i>(la date de sortie)</i>	Adresse de l'hôpital
Nom de l'hôpital		

LIEU DE CONVALESCENCE *(facultatif)*: Rue - N° - Code postale - commune/ville

DEMANDE DE SÉJOUR À L'ÉTRANGER *(facultatif)* : De *(la date de début)* Jusqu'à *(la date de fin)*

NOM DU DISPENSATEUR DE SOINS N° INAMI N° de Tel / e-mail <i>(facultatif)</i>	Signature du dispensateur de soins (peut s'agir d'une signature scannée)
Référence du certificat : abcd12345678	DATE: date de l'attestation

Vous travaillez à la **police (locale ou fédérale)** et vous préférez envoyer votre certificat d'incapacité de travail par la poste ? Alors, ceci doit être fait dans les 24 heures suivant la consultation du médecin, le cachet de la poste faisant foi. Veuillez l'adresser au Centre Médical Provincial de la province ou vous habitez. Les adresses se trouvent sur www.smdp.be.

Remettez ce certificat à **Certimed** soit Par mail : certificats@certimed.be ou soit par poste : Boîte postale 10018 - 1070 Anderlecht

Votre employeur a confié à **Securex Contrôle Médical** la gestion des certificats médicaux. Veuillez envoyer ce certificat suffisamment affranchi le plus rapidement possible à **Securex Contrôle Médical, Verenigde-Natieslaan 1 à 9000 Gand**.

Votre employeur a confié à **MediCheck** la gestion des certificats médicaux. Veuillez envoyer ce certificat à l'adresse mentionnée dans votre règlement de travail.

Ces données sont traitées conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.