

**Demande de visite en vue d'une pré-reprise du travail
(pendant la période d'incapacité de travail)**

Employeur : N° d'affiliation :

Adresse employeur :

Nom et prénom travailleur :

N° du travailleur :

Date de naissance :/...../.....

Sexe: ♂ ♀

Poste de travail:

En application des dispositions du livre I, titre 6 du code du bien-être au travail relatif à la surveillance de la santé des travailleurs pendant une période d'incapacité de travail, je souhaite faire usage de la possibilité de consulter le médecin du travail de Mensura Service Externe de Prévention et de Protection au Travail A.S.B.L. pendant mon incapacité de travail.

J'autorise par la présente le médecin du travail à demander les données de mon dossier médical auprès de mon médecin traitant :

Docteur :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Veuillez croire en mes meilleurs sentiments,

Signature de travailleur

Envoyez le document de préférence par courriel info.sepp@mensura.be
ou à l'adresse ci-dessous