Département Surveillance de la santé

|  |
| --- |
| **Demande de trajet de réintégration à l’initiative de l’employeur** |

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 : ..................................................... Union de la mutualité (numéro): ………………………………..…

Adresse : Rue : ..................................................................... Numéro :................ Boîte postale : ............

 Code postal :...................................... Commune : ....................................... ........................... Adresse e-mail (professionnelle) du travailleur concerné : .......................................................................

Numéro de GSM (professionnel) du travailleur concerné : .......................................................................

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 : dd/mm/yyyy)
* 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) : .............................................................................................

Nom de la personne de contact :………………………………………………………………..…………………

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 :