CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL SALARIE
CONFIDENTIEL

VIGNETTE

A remplir par l'assuré social

Nom et prénom: .....

Numéro d' identification du Registre national: _ _ _ _ _ _ - _ _ _ - _ _

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle): ….....
.....

L'assuré social doit communiquer à la CAAMI toutes modifications concernant sa résidence dans les deux jours calendrier de ces changements.

Ce certificat **concerne**: ☐ le début de cette incapacité
☐ une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail:

☐ Ouvrie(è)r(e) ☐Employé(e) ☐ Chômage

Profession (actuelle): .....
Etes–vous indépendant(e) à titre complémentaire? ☐ NON ☐ OUI

L'incapacité est en lien avec: ☐ un accident ☐ une maladie professionnelle ☐ une autre maladie

La réglementation en matière de traitement de données à caractère personnel accorde aux personnes que ces informations concernent un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de l'autorité de la protection des données.

SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable de travailler

du _ _ / _ _ / _ _ _ _ **au** _ _ / _ _ / _ _ _ _ **(inclus).**

Diagnostic ou symptomatologie, et/ou des troubles fonctionnels:
.....
.....
.....

Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.

Codage facultatif du diagnostic principal: ICPC-2 [ ] ou ICD-10 [ ]

L'intéressé(e) est ou sera **hospitalisé(e)** à partir du: _ _ / _ _ / _ _ _ _
En cas de **grossesse**, date présumée de l'accouchement: _ _ / _ _ / _ _ _ _

Communication avec le médecin-conseil: le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante: …….
Par ailleurs les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.

Identification du médecin avec numéro INAMI Date et signature du médecin

CONFIDENTIEL

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Au Médecin-Conseil

Vous devez renvoyer ce certificat à la CAAMI endéans le délai d'une semaine après le début de cette incapacité de travail.

Certificat d'incapacité de travail

Expéditeur:

.....

.....

.....