**DEMANDE DE TRAJET DE RÉINTÉGRATION - EMPLOYEUR**

*Chapitre VI.- Section 2. Le trajet de réintégration d’un travailleur qui ne peut plus exercer le travail convenu temporairement ou définitivement du livre 1er, titre 4 du code (Art. I.4-72.- Art. I.4-82.-)*

**Je soussigné**

|  |  |
| --- | --- |
| Employeur  (SPF et service) |  |
| (adresse) |  |
| (numéro BCE) |  |
| Personne de contact  (nom et fonction) |  |
| (téléphone et e-mail) | ; @ |

**Demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un trajet de réintégration pour :**

**Données du travailleur**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom |  | | |
| Date de naissance |  | Numéro de registre national |  |
| Téléphone / GSM |  | | |
| e-mail | @ | | |
| Adresse |  | | |
| Statut administratif | Statutaire  Contractuel | | |
| Incapacité de travail pour maladie[[1]](#footnote-1) du : au : | | | |
| Si statutaire : Catégorie de l’estimation par medex (quickscan) :…………………………………………................ | | | |

**Travail convenu**:

**Famille de fonction cartographie fédérale** +Copie de le **description de fonction** à joindre en annexe.

Raison de la demande de réintégration :

Le travailleur est en incapacité de travail depuis plus de 3 mois .

Certificat « d’inaptitude définitive à exercer le travail convenu » délivré par le médecin traitant du travailleur (copie du certificat à joindre en annexe à l’attention du conseiller en prévention-médecin du travail).

Sur avis du médecin - conseil (mutualité ou Medex)

Date et signature de l’employeur ou de son représentant,

1. Le trajet de réintégration **n’est pas applicable** à la remise au travail en **cas d’accident du travail** ou de **maladie professionnelle**: *aussi bien la Loi sur les accidents du travail du 10 avril 1971 que les Lois coordonnées sur les maladies professionnelles du 3 juin 1970 contiennent une procédure pour le retour au travail qui est indépendante de ce trajet de réintégration-ci (Art. I.4-72).* [↑](#footnote-ref-1)