KENNISGEVING VAN DEFINITIEVE ONGESCHIKTHEID

(art. I.4-82/1 van de codex over het welzijn op het werk en art. 34 arbeidsovereenkomstenwet)

**Aanvrager van de kennisgeving van definitieve ongeschiktheid (\*): ⃝** Werknemer of behandelend arts

 ⃝ Werkgever

**Aangetekend te versturen aan de andere partij (werknemer of werkgever) en aan de arbeidsarts van de onderneming (CLB EDPB).**

De werknemer wordt ten vroegste 10 kalenderdagen na ontvangst van de kennisgeving uitgenodigd voor een onderzoek.

De werknemer heeft het recht om aan de preventieadviseur-arbeidsarts te vragen dat de mogelijkheden voor aangepast of ander werk onderzocht worden.

De werknemer heeft het recht om zich te laten bijstaan door de vakbondsafvaardiging van de onderneming.

\*aankruisen wat van toepassing is

Gegevens van de werknemer

(gegevens van de te onderzoeken persoon)



NAAM:



VOORNAAM:



STRAAT: NR: BUS:



POSTCODE: GEMEENTE:



GSM: of TELEFOON:



e-MAIL:



GEBOORTEDATUM:



RIJKSREGISTERNUMMER:



VERBOND MUTUALITEIT (nummer): of klevertje van de mutualiteit:

BEHANDELEND ARTS (te contacteren arts voor overleg)



Dr. TE TELEFOON:



HUIDIGE FUNCTIE (overeengekomen werk):



ARBEIDSONGESCHIKT SINDS

Gegevens van de werkgever

(naam, voornaam en adres van de werkgever, natuurlijke persoon of rechtsvorm, naam en zetel van de onderneming of instelling)



BEDRIJFSNAAM:



STRAAT: NR: BUS:



POSTCODE: GEMEENTE:



ONDERNEMINGSNUMMER:



CONTACTPERSOON voor de arbeidsarts:



FUNCTIE van de contactpersoon:



GSM: of TELEFOON:



e-MAIL:

 DATUM en HANDTEKENING van de aanvrager: werknemer/werkgever (schrappen wat niet past)

