**Re-integratieplan**

**(artikel I.4-74 §1 t.e.m. 3 van de Codex over het Welzijn op het Werk)**

**Contactgegevens van de werkgever**

Naam: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………

KBO-nummer: ………………………………………………………………………………………………………………………

Aansluitingsnummer: ………………………………………………………………………………………………………………

**Contactgegevens van de werknemer**

Naam: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer:………………………………………………………………………………………………………………

**Huidige functie van de werknemer**

Functie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Omschrijving van de werkzaamheden van het laatste werk dat de werknemer deed vóór de ziektemelding:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Arbeidspatroon-uurrooster:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Voorstel van re-integratieplan**

1. Omschrijving van **aanpassingen aan de werkpost** (aanpassing van machines en uitrusting en/of het voorzien van passende hulpmiddelen)

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Omschrijving van het **aangepaste werk**, meer bepaald aangepaste taken of andere taakverdeling
2. Werkvolume

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Uurrooster

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

1. Progressiviteit van de aanpassingen

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

1. Omschrijving van het **ander werk**
2. Taakinhoud

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

1. Werkvolume

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

1. Uurrooster

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

1. Progressiviteit van de aanpassingen

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Omschrijf de aard van de voorgestelde **opleiding en/of begeleiding** met het oog op het verwerven van competenties die moeten toelaten dat de werknemer aangepast of ander werk kan uitvoeren, Vermeld ook de **betrokken actoren** (intern/extern) die zullen instaan voor deze opleiding en/of begeleiding.

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. **Geldigheidsduur** van het re-integratieplan na ondertekening van het plan (in weken of maanden):

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

 **Opmerkingen van de werknemer**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Bijkomende afspraken met de werknemer**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Handtekening van de werknemer** **Handtekening van de werkgever**

1. Voor akkoord
2. Niet akkoord

Vermeld de reden van het niet akkoord gaan:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum

Gelieve het plan te versturen naar:

**Mail**: medsec@mensura.be

**Adres**: Mensura EDPB

Medisch secretariaat

Italiëlei 2

2000 Antwerpen