

Demande de trajet de réintégration à l'initiative du travailleur

Le/la soussigné(e) (nom et prénom du travailleur)

.....

Date de naissance :

NISS :

Union de la mutualité (collez ici la vignette) :

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

Code postal :..... Commune :

Adresse e-mail (professionnelle) :

Adresse e-mail (privée) :

N° de GSM/téléphone (professionnel) :.....

N° de GSM/téléphone (privé) :

demande au conseiller en prévention-médecin du travail de démarrer un parcours de réintégration.

Travail actuel convenu :

.....

.....

Raison de la demande de parcours de réintégration :

.....

.....

Nom de l'entreprise (employeur) :

Numéro BCE :

Nom du responsable du personnel (HRM) :

Nom du dirigeant :.....

Date et signature du travailleur,