OFFICE NATIONAL DE L’EMPLOI



declaration d’aptitude physique

|  |  |
| --- | --- |
| *cachet dateur op* | *cachet dateur bc* |
|

**travailleur :** *⎯⎯⎯⎯⎯⎯/⎯⎯⎯-⎯⎯*

NISS (voir carte d’identité) *NOM Prénom*

|  |
| --- |
| **a completer par le travailleur** |
| ❒ Je me suis déclaré spontanément apte au travail le \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ J’ai été déclaré apte au travail par les instances médicales compétentes dans le cadre de l’assurance maladie-invalidité, à partir du.[[1]](#footnote-1)   \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ Je suis d’accord avec cette décision d’aptitude  ❒ Je suis lié par un contrat de travail et j’ai été déclaré **temporairement** inapte à exercer l’emploi convenu.  Un trajet de réintégration a été demandé ou est en cours :  ❒ Oui et je joins le formulaire C27-Réintégration  ❒ Non et je m’engage à introduire un formulaire C27-Réintégration en cas de demande ultérieure d’un trajet de réintégration  ❒ Je suis lié par un contrat de travail et j’ai été déclaré **définitivement** inapte à exercer l’emploi convenu. Je joins le formulaire  C27-Réintégration.  ❒ Je suis lié par un contrat de travail et la procédure spécifique ‘fin du contrat de travail pour force majeure médicale’ a démarré. Je joins le formulaire C27-Fin contrat de travail.  ❒ Je ne suis pas d’accord avec cette décision d’aptitude  ❒ Je n’introduis pas de recours  ❒ J’introduis un recours devant le tribunal du travail de  Comme preuve de mon action en justice, je joins ❒ une copie de ma requête  ❒ une attestation du greffe du tribunal du travail.  Je m’engage à informer immédiatement l’onem de toute décision judiciaire qui serait rendue dans cette affaire.  ❒ J’étais en repos de maternité et la date présumée de l’accouchement était le : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ La décision du directeur du bureau du chômage de non-indemnisation suite à l’inaptitude au travail a été annulée par le tribunal.  Je déclare par la présente renoncer aux allocations que j’ai reçues par le biais de l’assurance maladie-invalidité si l’ONEM rembourse le montant des allocations de maladie que j’ai reçues à la compagnie d’assurance, et ce, à concurrence du montant des allocations que l’ONEM me doit.    **Je demande**  ❒ des allocations de chômage complet à partir du : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  ❒ des allocations de chômage temporaire à partir du : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  Entre le jour où je suis devenu à nouveau apte au travail et la date de ma demande d’allocations, je n’ai pas sollicité le bénéfice des allocations de chômage pour les raisons suivantes :      **J’affirme sur l’honneur que la présente declaration est sincere et complete.**  *Vos déclarations sont traitées et conservées dans des fichiers informatiques. Vous trouverez de plus amples informations concernant la protection de ces données dans la brochure ONEM relative à la protection de la vie privée. Pour info "assurance chômage", voir également* [*www.onem.be*](http://www.onem.be)*.*  *Date* \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ *signature du travailleur* |



1. Indiquez la date à partir de laquelle vous avez été déclaré apte au travail par les instances médicales compétentes. Cette date ne correspond pas nécessairement à la date de l'examen médical.

   Complétez également cette case si votre demande d’allocations de maladie a été refusée parce que les instances médicales compétentes ne vous considèrent pas comme inapte au travail au sens de l’assurance maladie-invalidité *(par exemple, dans le cadre d’une surveillance périodique de santé)* [↑](#footnote-ref-1)