OFFICE NATIONAL DE L’EMPLOI



declaration d’aptitude physique

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

|  |
| --- |
| **à remplir par le travailleur** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MON identité** |  |
| NOM et prénom | ***…………………………………………………………………………………………………………………….……..*** |
| Numéro registre national (NISS)  *Voir votre carte d’identité* | **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_** |

|  |
| --- |
| **Motifs d’introduction du formulaire**  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  Si vous êtes lié par un contrat de travail et que vous êtes inapte à exercer l’emploi convenu, cochez la case ci-dessous qui s’applique à votre situation. Dans les autres cas, allez directement au point « Je demande ».  Je suis lié par un contrat de travail et j’ai été déclaré **temporairement** inapte à exercer l’emploi convenu par le **médecin du travail**, avec des recommandations pour un autre travail ou un travail adapté.  Je joins la décision du médecin du travail et le formulaire C27-Réintégration.  Je suis lié par un contrat de travail et j’ai été déclaré **définitivement** inapte à exercer l’emploi convenu par le **médecin du travail,** avec des recommandations pour un autre travail ou un travail adapté .  Je joins la décision du médecin du travail et le formulaire C27-Réintégration.  Je suis lié par un contrat de travail mais je suis toujours inapte à exercer mon travail ET une demande pour entamer un trajet de réintégration a été introduite.  Je joins le formulaire C27- RÉINTEGRATION.  Je suis lié par un contrat de travail et j'ai été déclaré inapte à effectuer le travail convenu par mon **médecin traitant.**  Je joins l'attestation de mon médecin traitant et une attestation indiquant que mon employeur ne peut pas me proposer un travail adapté ou un autre travail.  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)