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’aptitudeSi 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 travailJe 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)