DECLARATION DE CESSATION D'UN TRAVAIL AUTORISE DURANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL
(ART.100, §2, DE LA LOI COORDONNEE LE 14/07/1994)

A REMPLIR PAR L'ASSURE SOCIAL

Vous devez renvoyer (ou remettre) cette déclaration à votre mutualité ou à l'Office régional de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)

Je, soussigné : Nom et Prénom (ou collez une vignette)……

Numéro de registre national……..

GSM ou numéro de téléphone ……

E-mail (facultatif) ……

déclare qu'à partir du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **je cesse** le travail autorisé

de …… pour lequel j'avais reçu l'autorisation du médecin-conseil.

j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète

Date : ……/……/……..

Signature

VOTRE DECLARATION DE CESSATION DU TRAVAIL AUTORISE DURANT VOTRE INCAPACITE DE TRAVAIL
(ART.100, §2 DE LA LOI COORDONNEE LE 14/07/1994)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN-CONSEIL

Nom et Prénom (de l'assuré social) ……

Numéro de régistre national ……

Madame, Monsieur,

J'accuse bonne réception de votre déclaration de cessation de votre travail autorisé comme …….. pour lequel vous avez reçu une autorisation en date du …/…/……..

Je mets par conséquent fin à cette autorisation **à partir du …/…/……..**

Le ……, ……

Le médecin-conseil,