**Formulaire d’inscription pour le conseiller en prévention – médecin du travail**

Avec ce formulaire d'inscription pour le médecin du travail complété, vous fournissez aux services régionaux de l'emploi (ACTIRIS/Forem/VDAB) et aux organismes qui collaborent avec eux les informations nécessaires pour démarrer votre trajet retour au travail.

Assurez-vous d’avoir ce document avec vous lors de votre premier rendez-vous avec le service régional de l'emploi.

Comment s’inscrire :

* Région Wallonne : Vous pouvez vous inscrire auprès du FOREM via le numéro de téléphone : 0800/93 947.
* Région Flamande : Vous pouvez vous inscrire auprès du VDAB via le numéro de téléphone 0800/30 700 ou en lige via l’adresse suivante : [www.vdab.be/inschrijven](http://www.vdab.be/inschrijven)
* Région Bruxelloise : Vous pouvez vous inscrire auprès d’Actiris via le numéro de téléphone 0800/35 123

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Données d’identification de l’assuré social :** | |
| Nom et prénom |  |
| Langue | Néerlandais  Français  Allemand |
| NISS (numéro de registre national) |  |
| Résidence principale |  |
| N° de téléphone |  |
| E-mail |  |
| Mutuelle (nom et n° de mutuelle) | \_ \_ \_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Trajet de réinsertion socio-professionnelle du salarié définitivement inapte à effectuer le travail convenu déterminé par le conseiller en prévention-médecin du travail** | |
| Date de début de l’incapacité de travail |  |
| ☐ Après la procédure “Processus de réintégration Codex sur le bien-être au travail“ | |
| ☐ Après la procédure “Force majeure médicale” | |
|  | |
| **3. Question/ Problème** | |
|  | |
| **4. Données de contact du conseiller en prévention – médecin du travail** | | | |
| Nom et prénom :  Service interne ou externe de Prévention et de Protection au Travail :  E-mail :  Tel. : | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Signature du conseiller en prévention – médecin du travail** | |
| Date |  |
| Signature |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Consentement avec le traitement des données à caractère personnel de mon Dossier Retour Au Travail dans le cadre de mon Trajet Retour Au Travail** | |
| En application de l’article 100, § 1er/2 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, **je donne l’autorisation pour le traitement des données à caractère personnel suivantes de mon Dossier Retour Au Travail :**  ***1°*** *mes données d'identité, à savoir le numéro d'identification du Registre national (ou le numéro d'identification de la Banque Carrefour si je ne suis pas enregistré(e) dans le Registre national), le nom, le prénom, le sexe, la date de naissance et le lieu de résidence principale ;*  ***2°*** *mes données de santé liées à l'évaluation de mon fonctionnement et de mes possibilités de reprendre le travail, moyennant accompagnement ;*  ***3°*** *mes données de carrière ;*  ***4°*** *l'enregistrement, par le Coordinateur Retour Au Travail, des différents moments de contact et actions, y compris le plan de réintégration multidisciplinaire rédigé le cas échéant au cours du Trajet Retour Au Travail.*  **Le traitement de ces données poursuit**, le cas échéant, **les finalités suivantes** :  ***1°*** *la gestion du Trajet Retour Au Travail par le Coordinateur Retour Au Travail, telle que l'organisation des différents moments de contact avec moi et le suivi des différentes actions convenues enregistrées ;*  ***2°*** *le suivi du Trajet Retour Au Travail par le médecin-conseil en concertation avec le Coordinateur Retour Au Travail ;*  ***3°*** *l'échange de données avec toute personne physique ou morale impliquée dans le cadre de l'exécution de mon Trajet Retour Au Travail pour, avec mon consentement, réaliser les différentes étapes du trajet susvisé et, le cas échéant, élaborer le plan de réintégration multidisciplinaire et en effectuer le suivi ;* | |
| Date | “Lu et approuvé” :  Signature de l’assuré social : |
| **Informations importantes :**  Vous avez la possibilité d’obtenir davantage d’informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel :   * par l’INAMI via le lien suivant : <https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/privacystatement.aspx> * par votre mutualité ou d’autres organismes impliqués dans votre Trajet Retour Au Travail, directement auprès de ceux-ci. Les déclarations liées à la politique de traitement des données à caractère personnel politiques de confidentialité sont généralement reprises sur leurs sites webs Internet respectifs. * auprès de l’Autorité de protection des données: <https://www.autoriteprotectiondonnees.be> (pour obtenir des informations générales sur la protection des données à caractère personnel).   Vous pouvez également vous adresser à tout moment aux responsables de traitement de vos données (voir organismes précités) afin d’accéder aux données dont il dispose à votre sujet et afin d’exercer certains droits relatifs à vos données à caractère personnel (comme par ex. le droit d’accès, ou de rectification). Pour ce faire, veuillez leur adresser une demande écrite est nécessaire conformément à leur politique de confidentialité.  Par ailleurs, vous avez le droit de retirer le consentement préalablement donné, et ce à tout moment. Le retrait du consentement ne compromet pas la légalité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. | |