

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 registre national

Madame, Monsieur,

J'accuse bonne réception de votre déclaration de **cessation définitive** 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,