

DECLARATION DE CESSATION OU DE MODIFICATION
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 que (cochez et complétez ci-dessous ce qui convient) :

je cesse définitivement, à partir du □□-□□-□□□□,
le travail de....., pour lequel j'avais reçu l'autorisation du médecin-conseil.

j'ai provisoirement interrompu, pour raisons de santé ou volontaires,
- à partir du □□-□□-□□□□ (□□,□□ heures de travail adapté jusqu'à la fin du mois)
- à partir du □□-□□-□□□□ jusqu'au □□-□□-□□□□ (□□,□□ heures de travail adapté)
le travail de....., pour lequel j'avais reçu l'autorisation du médecin-conseil.

j'ai réduit le volume (le nombre d'heures)
- à partir du □□-□□-□□□□ (jusqu'au □□-□□- □□□□)*, * à titre indicatif
- à partir du □□-□□-□□□□ (jusqu'au □□-□□- □□□□)*, * à titre indicatif
du travail de....., pour lequel j'avais reçu l'autorisation du médecin-conseil.

j'ai accru, dans les limites de l'autorisation du médecin-conseil, le volume (le nombre d'heures)
- à partir du □□-□□-□□□□ (jusqu'au □□-□□- □□□□)*, * à titre indicatif
- à partir du □□-□□-□□□□ (jusqu'au □□-□□- □□□□)*, * à titre indicatif
du travail 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 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,