

# Administration de l'expertise médicale – Certificat médical SSA 1B

## A. Cadre réservé au médecin

Le soussigné docteur en médecine déclare avoir constaté que suite à l'accident de travail dont il/elle\* a été victime à la date du .....

monsieur/madame\*.....

est atteint(e) de .....

Il/Elle\* **peut/ne peut pas\*** se rendre au centre médical de Medex.

Congé prévu : ..... jours à partir du .....

Date: .....

Signature:

Cachet du médecin

## B. Données d'identification du membre du personnel (à remplir avant l'intervention du médecin)

Numéro médical: .....

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Numéro du registre national: ..... N° téléphone : .....

Lieu de naissance : ..... Date de naissance : .....

Grade : .....

Le cas échéant, résidence temporaire : .....

↳ Si institution : .....

## C. Données d'identification du service employeur\*\*

Code administratif : .....

Dénomination service/institution : .....

Adresse service/institution : .....

Les données visées ci-avant, communiquées au service médical par le membre du personnel conformément aux modalités du contrôle de certaines absences, de même que les données précitées relatives au médecin traitant, sont introduites dans un traitement automatisé dans le but d'assurer le contrôle des absences. Le maître fichier est le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement dont le siège est établi à 1060 Bruxelles, la place Victor Horta 40, boîte 10.

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, tant le membre du personnel que le médecin traitant ont le droit d'obtenir la communication des données du traitement qui les concernent et d'en demander la rectification.

Des informations complémentaires au sujet de ces traitements peuvent être obtenues auprès du Registre public que tient la Commission de protection de la vie privée.

**A affranchir et à envoyer au centre médical qui gère votre dossier.**

\* Rayer ce qui ne convient pas.

\*\* Il s'agit ici du service/institution à qui doit être envoyé l'accusé de réception du certificat.