premed
samen voor welzijn

V20260609

COMMUNICATION PAR L'EMPLOYEUR DU TRAVAIL CONVENU DANS LE CADRE D'UNE RÉINTÉGRATION

COORDONNEES

Employeur	Nom	
Empolyé(e)	Nom et prénom	

DECRIPTION DU TRAVAIL CONVENU

Veuillez décrire le travail (activités - tâches) convenu qu'effectuait le travailleur avant la notification de maladie :

……

……

……

……

Nombre d'heures par semaine : ……

Horaire de travail - répartition des heures de travail :

……

……

……

SIGNATURE

Date signature de l'employeur

Veuillez envoyer ce document à Premed. Cela peut se faire par e-mail info@premed.be ou par courrier (Premed – service de réintégration – Tiensevest 61 bus 2 – 3010 Leuven)