

Atestado médico de incapacidade para o trabalho do trabalhador ocorrida durante um período de FÉRIAS ANUAIS NO ESTRANGEIRO

Certificat médical d'incapacité de travail survenant pendant une période de VACANCES ANNUELLES À L'ÉTRANGER

Eu, médico abaixo assinado, certifico ter entrevistado hoje:

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nome do paciente, nome próprio :

Nom, prénom du patient :

Número de registo nacional do paciente (ver bilhete de identidade):

Numéro de registre national du patient (voir carte d'identité) :.....

ou data de nascimento: e local de nascimento

ou date de naissance et lieu de naissance

Declaro o seguinte *Je déclare ce qui suit :*

Esta pessoa está incapacitada de ... /... /20... até ... /... /20... (inclusive) devido a

Cette personne est incapable de travailler du ... /... / 20... au ... /... / 20... (inclus)

DOENÇA/ACIDENTE. - *pour cause de maladie/ accident.*

O presente certificado de incapacidade para o trabalho abrange

Ce certificat d'incapacité de travail concerne :

- o início da incapacidade - *le début de l'incapacité*
- uma prorrogação da incapacidade - *une prolongation de l'incapacité*

O endereço do domicílio ou da residência foi deixado: SIM / NÃO

Sortie du domicile ou du lieu de résidence autorisée : OUI / NON

Identificação do médico (nome e número de autorização):

Identification du médecin (nom et numéro d'accréditation) :

.....
.....

Data – Date : ... /... /20...

Assinatura do médico

Signature du médecin

Demande de report des jours de vacances coïncidant avec une période d'incapacité de travail à l'employeur :

Je demande en vertu de l'Arrêté royal du 30 mars 1967 le droit au report de mes jours de vacances annuelles coïncidant avec cette période d'incapacité de travail.

Je souhaite prendre mes jours de vacances reportés :

- consecutivamente à la période de vacances en cours (veuillez donner votre accord)
- à une date ultérieure cette année (ou en cas de force majeure, reportés à l'année suivante).

Je réside actuellement à (pays + adresse complète) :.....

.....
.....

Nom et prénom de l'employé :

Signature de l'employé :.....