

**DECLARATION DE CESSATION D'UN TRAVAIL AUTORISE  
DURANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL**  
(ART. 100, §2 de la loi coordonnée le 14/07/1994)

**- A remplir par l'assuré(e) social(e) -**  
(Vous devez renvoyer cette déclaration à votre mutualité Symbio)

Je soussigné(e) .....

Numéro de registre national : .....

**déclare** qu'à partir du ..... **je cesse** le travail autorisé  
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 coordonnée le 14/07/1994)

**- A remplir par le médecin-conseil de Symbio -**

Nom et prénom de l'assuré(e) sociale : .....

Numéro de registre national : .....

Madame, Monsieur,

J'accuse bonne réception de votre déclaration de cessation de votre travail autorisé comme  
..... pour lequel vous avez reçu une autorisation en date  
du ...../...../.....

Par conséquent, je mets fin à cette autorisation **à partir du** ...../...../.....

Date : ...../...../.....

Signature du médecin-conseil : .....