

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Numéro national : * _____ - _____ - _____ *
Rue et n° : _____
Code postal et commune : _____

OU
APPOSEZ UNE VIGNETTE

N° de téléphone : _____ / _____

Adresse e-mail : _____ @ _____

Début de l'incapacité de travail : ____ / ____ / ____

A remplir par l'employeur ou le bureau de chômage

Je soussigné(e) déclare que, par la suite de maladie, la personne reprise ci-dessus a cessé le :

travail chômage le ____ / ____ / ____

Et

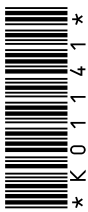
reprendra a repris celui-ci le ____ / ____ / ____

Identification de l'employeur / du bureau de chômage (cachet) :

Certifié sincère,

Date : ____ / ____ / ____

Signature : _____



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « **envoyer un formulaire** » de votre guichet en ligne « **MySymbio** ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.