



N° d'affiliation :
Nom, Prénom :
N.I.S.S. :
DM :
Début mi-temps :

**DECLARATION DE CESSATION D'UN TRAVAIL AUTORISE DURANT
L'INCAPACITE DE TRAVAIL**

(ART.100 § 2 DE LA LOI COORDONNEE LE 14/07/1994)

***Vous devez compléter et nous renvoyer ce document si vous arrêtez de manière définitive
l'activité professionnelle autorisée par le Médecin-conseil***

Je soussigné(e) ,
déclare qu'à partir du/...../..... **je cesse** le travail à temps partiel en tant que
..... pour lequel l'autorisation du médecin-conseil m'avait été donnée.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

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

Signature :