

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL
destiné à l'employeur du patient

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir interrogé ce jour par téléphone/vidéoconférence dans le cadre de la pandémie COVID-19

Nom, prénom du patient :.....

et l'avoir reconnu incapable de travailler **du/...../2020 au/...../2020 (inclus)** pour cause de

- Maladie
- Accident

Sortie

- Autorisée
- Interdite

Identification du médecin avec numéro INAMI :

.....

Date :.../.../2020