

# CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

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 :**.....

**Numéro d'identification du Registre national du patient :** .....

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

de .....

Ce certificat d'incapacité concerne :

- le début de cette incapacité
- une prolongation de cette incapacité

**Identification du médecin avec numéro INAMI :**

.....

Date :.../.../2020