**Formulaire d’inscription Routing C – Partie 1 (Service régional de l’emploi)**

**Routing C : Le trajet démarre par une demande spontanée de l’assuré social, reconnu en invalidité, auprès du service régional de l’emploi.**

* Remplissez entièrement ce formulaire d’inscription (le point 3 est facultatif) et faites-le signer par l’assuré social. Envoyez le formulaire d’inscription au coordinateur du service régional de l’emploi qui transmettra le document à la mutuelle de l’assuré social.
* Dans les 5 jours ouvrables, la mutuelle de l’assuré social envoie un second document au coordinateur du service régional de l’emploi faisant état de la décision de la mutuelle (signature de la personne de contact de l’OA facultative).

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Données d’identification de l’assuré social :** | |
| Nom et prénom |  |
| Langue | Néerlandais  Français  Allemand |
| NISS (numéro de registre national) |  |
| Résidence principale |  |
| N° de téléphone |  |
| E-mail |  |
| Mutuelle (nom et n° de mutuelle) | \_ \_ \_ |

|  |
| --- |
| **2. Coordonnées du conseiller référent (ACTIRIS/ FOREM/ VDAB)** |
| Nom et prénom :  Langue :  Français  Néerlandais  Allemand  E-mail:  Tel.: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Attentes de l’assuré social sur le trajet de réinsertion socio-professionnelle :** | | |
| **Expliquez ce que vous attendez du service régional de l’emploi :** | | |
| **Décrire les limitations fonctionnelles pour effectuer un travail :** | | |
| **4. Consentement avec le traitement des données à caractère personnel de mon Dossier Retour Au Travail dans le cadre de mon Trajet Retour Au Travail** | |
| En application de l’article 100, § 1er/2 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, je donne l’autorisation pour le traitement des données à caractère personnel suivantes de mon Dossier Retour Au Travail :  **1°** mes données d'identité, à savoir le numéro d'identification du Registre national (ou le numéro d'identification de la Banque Carrefour si je ne suis pas enregistré(e) dans le Registre national), le nom, le prénom, le sexe, la date de naissance et le lieu de résidence principale ;  **2°** mes données de santé liées à l'évaluation de mon fonctionnement et de mes possibilités de reprendre le travail, moyennant accompagnement ;  **3°** mes données de carrière ;  **4°** l'enregistrement, par le Coordinateur Retour Au Travail, des différents moments de contact et actions, y compris le plan de réintégration multidisciplinaire rédigé le cas échéant au cours du Trajet Retour Au Travail.  Le traitement de ces données poursuit, le cas échéant, les finalités suivantes :  **1°** la gestion du Trajet Retour Au Travail par le Coordinateur Retour Au Travail, telle que l'organisation des différents moments de contact avec moi et le suivi des différentes actions convenues enregistrées ;  **2°** le suivi du Trajet Retour Au Travail par le médecin-conseil en concertation avec le Coordinateur Retour Au Travail ;  **3°** l'échange de données avec toute personne physique ou morale impliquée dans le cadre de l'exécution de mon Trajet Retour Au Travail pour, avec mon consentement, réaliser les différentes étapes du trajet susvisé et, le cas échéant, élaborer le plan de réintégration multidisciplinaire et en effectuer le suivi ;  **4°** l'échange des données avec le conseiller en prévention-médecin du travail dans le cadre de mon renvoi (si je suis lié par un contrat de travail) vers le conseiller en prévention-médecin du travail en vue de la demande de visite préalable à la reprise du travail (telle que visée à l'article I.4-36 du code du bien-être au travail) ou du démarrage d'un trajet de réintégration chez mon employeur, avec mon consentement, et avec le soutien nécessaire du Coordinateur Retour Au Travail, après un moment de contact dans le cadre du Trajet Retour Au Travail. Il en sera de même si le conseiller en prévention-médecin du travail est informé qu'il sera examiné en détail, dans le cadre d'un Trajet Retour Au Travail, quelles actions de réadaptation et/ou d'orientation me peuvent convenir. | |
| Date | “Lu et approuvé” :  Signature de l’assuré social : |
| **Informations importantes :**  Vous avez la possibilité d’obtenir davantage d’informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel :   * par l’INAMI via le lien suivant : <https://www.inami.fgov.be/fr/Pages/privacystatement.aspx> * par votre mutualité ou d’autres organismes impliqués dans votre Trajet Retour Au Travail, directement auprès de ceux-ci. Les déclarations liées à la politique de traitement des données à caractère personnel politiques de confidentialité sont généralement reprises sur leurs sites webs Internet respectifs. * auprès de l’Autorité de protection des données: <https://www.autoriteprotectiondonnees.be> (pour obtenir des informations générales sur la protection des données à caractère personnel).   Vous pouvez également vous adresser à tout moment aux responsables de traitement de vos données (voir organismes précités) afin d’accéder aux données dont il dispose à votre sujet et afin d’exercer certains droits relatifs à vos données à caractère personnel (comme par ex. le droit d’accès, ou de rectification). Pour ce faire, veuillez leur adresser une demande écrite est nécessaire conformément à leur politique de confidentialité.  Par ailleurs, vous avez le droit de retirer le consentement préalablement donné, et ce à tout moment. Le retrait du consentement ne compromet pas la légalité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. | |