

**Çalışanın iş göremezliğine ilişkin tıbbi sertifika yurtdışında yıllık tatil
DÖNEMİNDE MEYDANA GELMESİ**

Certificat médical d'incapacité de travail survenant pendant une période de VACANCES ANNUELLES À L'ÉTRANGER

Ben, aşağıda imzası bulunan tıp doktoru, bugün görüşme yaptığımı onaylıyorum:

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Hastanın adı, ilk adı:
Nom, prénom du patient

Hastanın ulusal kayıt numarası (bkz. kimlik kartı):
Numéro de registre national du patient (voir carte d'identité)

veya doğum tarihi: ve doğum yeri
ou date de naissance et lieu de naissance

Aşağıdakileri beyan ederim - *Je déclare ce qui suit :*

Bu kişi .'dan aciz durumdadır. /... /20... tarihinden ... tarihine kadar /... /20... (dahil) tarihleri arasında
Cette personne est incapable de travailler du ... /... / 20... au ... /... / 20... (inclus)

HASTALIK / KAZA - *pour cause de maladie/ accident.*

Bu iş göremezlik belgesi şunları kapsar - *Ce certificat d'incapacité de travail concerne :*

- iş göremezliğin başlangıcı *le début de l'incapacité*
 iş göremezlik süresinin uzatılması *une prolongation de l'incapacité*

Ev veya ikamet adresi bırakılmasına izin verildi: EVET / HAYIR

Sortie du domicile ou du lieu de résidence autorisée : OUI / NON

Doktorun kimliği (isim ve onay numarası):

Identification du médecin (nom et numéro d'accréditation)

.....
.....

Tarih – *Date* : ... /... /20...

Doktorun imzası - *Signature du médecin*

Ertelenen tatile ilişkin çalışan beyanı

Demande de report des jours de vacances coïncidant avec une période d'incapacité de travail à l'employeur

Je demande en vertu de l'Arrêté royal du 30 mars 1967 le droit au report de mes jours de vacances annuelles coïncidant avec cette période d'incapacité de travail.

Je souhaite prendre mes jours de vacances reportés :

- consécutivement à la période de vacances en cours (veuillez donner votre accord)
 à une date ultérieure cette année (ou en cas de force majeure, reportés à l'année suivante).

Je réside actuellement à (pays + adresse complète) :

Nom et prénom de l'employé :

Signature de l'employé :