

Erklärung über die Einstellung oder die Änderung einer genehmigten Tätigkeit

(Art 100§2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994)



Daten zur Person

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:

Postleitzahl: Ort: Land:

Tel.: E-Mail-Adresse:

Nummer des Nationalregisters:

Aktenzeichen: Datum des Genehmigungsbeginns:

Die ausgefüllte Erklärung ist innerhalb kürzester Frist zurückzusenden

Ich Unterzeichnete(r),, erkläre hiermit, dass

EINSTELLUNG / UNTERBRECHUNG

ich ab dem - - endgültig die Tätigkeit als

für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten habe, einstelle, und zwar aus folgenden Gründen:

- gesundheitsbedingt
- Vertrag läuft aus ohne Entschädigung wegen Vertragsauflösung
- Vertrag läuft aus mit Entschädigung wegen Vertragsauflösung
- anderer Grund:

Für den Fall, dass ich die Absicht hätte, diese oder eine andere Tätigkeit in der Zukunft aufzunehmen, ist mir bewusst, dass ich hierfür vorher eine neue Genehmigung des Vertrauensarztes beantragen muss.

ich vorübergehend aus gesundheitlichen Gründen oder freiwillig,
ab dem - - bis einschließlich Ende des Monats
bis einschließlich - - (wenn vor dem Ende des Monats)

Stunden der angepassten Tätigkeit (auf jeden Fall die Stundenzahl angeben, damit wir Ihre neuen höheren Geldleistungen berechnen können)

die Tätigkeit als

für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten habe, unterbrochen habe, und zwar aus folgenden Gründen:

- gesundheitsbedingt
- unbezahlter Urlaub
- anderer Grund:

Erklärung über die Einstellung oder die Änderung einer genehmigten Tätigkeit

(Art 100§2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994)



ÄNDERUNG

ich den Umfang (Anzahl Stunden) der Tätigkeit als

für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten habe,

- ab dem - - (bis - - einschließlich * vorläufiges Datum),

- ab dem - - (bis - - einschließlich * vorläufiges Datum),

verringert habe.

ich den Umfang (Anzahl Stunden) der Tätigkeit als

für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten habe, **innerhalb der Grenzen dieser Genehmigung (=Anzahl der vom Vertrauensarzt genehmigten Stunden, wie auf dem Genehmigungsvordruck vermerkt)**

- ab dem - - (bis - - einschließlich * vorläufiges Datum),

- ab dem - - (bis - - einschließlich * vorläufiges Datum),

erhöht habe.

Ich versichere an Eides statt, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Unterzeichnungsdatum: Unterschrift:

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten gemäß den geltenden belgischen und europäischen Datenschutzgesetzen, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO 2016/679) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website unter <https://www.ckk-mc.be/disclaimer/datenschutzerklaerung-ckk>.