|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Attest van uitstel van het terugkommoment om medische redenen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | MOW-04-211118 | |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Departement Mobiliteit en Openbare Werken  **Toegepast Mobiliteitsbeleid**  [www.vlaanderen.be/terugkommoment](http://www.vlaanderen.be/terugkommoment) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **In te vullen door de deelnemer** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Persoonlijke gegevens** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer | | |  | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Gegevens van het terugkommoment** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Ik heb geen afspraak gemaakt voor het terugkommoment. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Ik heb een afspraak voor het terugkommoment gemaakt op : | | | | | | | | | | dag |  | | maand |  | jaar |  | |  |
|  | | | Bij welke instelling? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ondertekening** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ik verklaar dat ik om medische redenen niet naar het terugkommoment kan komen, en dat ik uitstel aanvraag.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | dag |  | | maand | |  | jaar |  | | |  | | | | | | |
|  | handtekening | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **In te vullen door de behandelende arts** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Persoonlijke gegevens** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | RIZIV-nummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Begin- en einddatum van de periode waarin de deelnemer om medische redenen niet naar het terugkommoment kan komen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | van | dag |  | maand | | |  | | jaar | |  | | tot en met | | | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ondertekening** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Als behandelende arts van de deelnemer verklaar ik dat het voor de deelnemer om medische redenen gedurende de bovenvermelde periode onmogelijk is om het terugkommoment te volgen.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | *Druk in het vak hiernaast uw stempel af.* | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | datum | | | | dag |  | | maand | |  | | jaar |  |  |
|  | handtekening | | | |  | | | | | | | | |  |