



## DÉCLARATION DE RECONSTITUTION DE CARRIÈRE

(à remplir par la victime ou ses ayants-droit)

Visa de la Structure

Référence : .....

N° Immatriculation

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Pays d'origine : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Profession habituelle : .....

Profession occasionnelle : .....

Maladie Constatée : <sup>(1)</sup> .....

Depuis le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] date de cessation d'activité.

Le malade a-t-il déjà été atteint d'une maladie d'origine professionnelle ? <sup>(2)</sup> OUI ☐ NON ☐

Si OUI, laquelle ? .....

Date de constatation de la maladie : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES EMPLOYEURS SUCCESSIFS

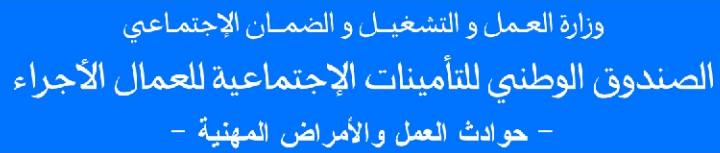
| NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR | PERIODE D'EMPLOI |    | NATURE<br>DE L'EMPLOI OCCUPÉ | TRAVAUX EXECUTES<br>PRODUITS UTILISES |
|-------------------------------|------------------|----|------------------------------|---------------------------------------|
|                               | DU               | AU |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |
| .....                         |                  |    |                              |                                       |

Fait à ....., le .....

Signature du Déclarant  
(non, prénom et qualité du signataire)

(1) Indiquer la nature de la maladie telle que figurant sur le certificat initial ou de prolongation - maladie professionnelles.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.



(تملاً من طرف الضحية أو ذوي الحقوق)

رقم التسجيل

الإسم واللقب : \_\_\_\_\_  
تاريخ الإزدياد : \_\_\_\_\_  
البلد الأصلي : \_\_\_\_\_ الجنسية : \_\_\_\_\_  
العنوان : \_\_\_\_\_  
المهنة العادية : \_\_\_\_\_  
المهنة المؤقتة : \_\_\_\_\_  
المرض الملاحظ : (1) \_\_\_\_\_  
إبتداء من : \_\_\_\_\_ تاريخ إيقاف النشاط.  
هل المريض سبق له وأن أصيب بمرض ذو أصل مهني ؟ (2) ☐ لا ☐ نعم  
إذا كان الجواب نعم، ماهو؟ \_\_\_\_\_  
تاريخ معاينة المرض : \_\_\_\_\_

[illegible]

توقيع المصحح  
(لقب، إسم وصفة الموقع)

(1) أذكر طبيعة المرض كما هو مبين في الشهادة الطبية الأصلية أو التمديدية - الأمراض المهنية.

(2) ضع علامة X في الخانة المناسبة .

\* كل شخص يقوم بتزوير أو يدلي بتصريحات غير صحيحة يعاقب من طرف القانون.