****

**a.s.b.l. Service social  
du Service public fédéral de Programmation**

**Politique scientifique**

WTC III- Boulevard Simon Bolivar 30 boite 7 ▪ B-1000 BRUXELLES  
Tél. 02 238 35 61 - Tél. 02 238 34 11  
www.belspo.be/soc

|  |
| --- |
| Needle with solid fillNeedle with solid fill**Demande d'intervention vaccination antigrippe** |

|  |
| --- |
| **La demande doit être envoyée à [secr.soc@belspo.be](mailto:secr.soc@belspo.be) avant le 15/12/2024.** |

**A remplir en lettres capitales s.v.p.**

Nom et prénom de l'agent :

Adresse personnelle :

E-mail :

N° de téléphone - Privé :       - Bureau :

Employeur : veuillez choisir votre employeur dans la liste/dropdown ici : Choose an item.

Statut :  contractuel à durée indéterminée/statutaire

contractuel à durée déterminée (durée à préciser):

pensionné

N° de compte : BE

**In te vullen door de behandelende arts**

|  |
| --- |
| Je soussigné(e), ……………………………………………………………, docteur en médecine, certifie avoir vacciné le(la) nommé(e) …………………………………………………………………………………………… contre la grippe, en date du …./…../…….  Signature et cachet |

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.  
J'autorise le service social à demander les justificatifs qu'il juge nécessaires.

J'accepte la déclaration de confidentialité

Pensez à l'environnement svp favorisez les envois de vos dossiers par email: **secr.soc@belspo.be**

Fait à :       le       Signature : ....................................................................

Enregistrez votre document en PDF et signez-le électroniquement